ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології

Кафедра психології

Усіченко Марія Валентинівна

Дипломна робота

Психологічні особливості спілкування батьків з хворою дитиною

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Дипломна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____М.В. Усіченко

Науковий керівник (консультант) Сербова Ольга Вікторівна
кандидат психологічних наук, доцент

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП ……..…… 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПІЛКУВАННЯ БАТЬКІВ З ХВОРОЮ ДИТИНОЮ……..……..…….7

1.1. Поняття та характеристика структурних компонентів копінг-стратегій та феномену особистісної безпорадності ……7

1.2. Психологічний зміст характеристик особистісної безпорадності батьків в спілкуванні з хворою дитиною……19

Висновки до розділу 1 ……..…….....….35

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕНННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПІЛКУВАННЯ БАТЬКІВ З ХВОРОЮ ДИТИНОЮ ……....37

2.1. Дослідження копінг-стратегій батьків хворої дитини …….……..... 37

2.2. Вивчення особистісної безпорадності та її зв’язку з неефективністю стилю виховання у батьків хворої дитини ……..…44

Висновки до розділу 2 ……...……..…..52

РОЗДІЛ 3. КОМПЛЕКСНА ДОПОМОГА БАТЬКАМ В СПІЛКУВАННІ З ХВОРОЮ ДИТИНОЮ ……..…….....55

3.1. Методичні рекомендації щодо комплексної допомоги батькам хворої дитини у формуванні ефективних копінг-стратегій……..……55

3.2. Методичні рекомендації щодо допомоги батькам хворої дитини у подоланні завченої безпорадності……...63

Висновки до розділу 3 ……...……...…69

ВИСНОВКИ ……71

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ……..…..74

ДОДАТКИ……83

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сьогодні виявляється тенденція до збільшенням кількості дітей в яких спостерігаються часті гострі респіраторні та соматичні захворювання, тож зростає актуальність і соціальне значення вивчення проблем сімей часто хворіючої дитини (ЧХД). Особливої актуальності набувають проблеми, пов'язані з функціонуванням, адаптацією й виробленням батьками ефективних стратегій спілкування з хворою дитиною, а також копінг-стратегій у ситуаціях, пов'язаних із невизначеністю, станом безпорадності та стресом щодо стану здоров'я дитини.

Аналіз наукових досліджень дає змогу стверджувати, що порушення сімейних стосунків, неефективне батьківське ставлення та неефективний стиль спілкування й виховання патогенно впливають на особистість хворої дитини та перебіг самої хвороби. Сім'я розглядається як основний стабілізаційний фактор хворої дитини. Саме тому психологічна зрілість батьків, життєстійкість, дієвість найчастіше мають вирішальне значення в перебігу спілкування з хворою дитини.

Життєва ситуація, коли дитина часто хворіє, потребує вмілості адаптуватися та контролювати емоції в складних ситуаціях. Це означає використання різних стратегій для управління стресом та розвитку способів ефективної взаємодії батьків з дитиною. Дослідження показує, що копінг-стратегії вивчаються в зарубіжних дослідженнях (R. Lazarus, E. Frydenberg, R. Lewis та ін.) та вітчизняних (Н. Родіна, З. Сивогракова, Н. Ярош та ін.) учених, в яких розкрито сутність копінг-стратегій, види й окремі чинники, які впливають на вибір копінг-стратегій. Наукові дослідження, присвячені аналізу впливу копінг-стратегій на розв'язання особистісних проблем, включають роботи, які розглядають роль цих стратегій у здійсненні адаптації (З. Сивогракова), забезпеченні психологічного благополуччя особистості (В. Олефір) та ін..

Теоретичне вивчення проблеми формування ефективних копінг-стратегій показало, що ряд вітчизняних та зарубіжних дослідників підтверджують перспективу цілеспрямованого психологічного впливу на копінг-поведінку особистості. Однак, на сьогоднішній день існує недостатньо досліджень щодо копінг-стратегій батьків, чиї діти часто хворіють. Навантаження на психіку батьків в сучасних умовах є значним, особливо, якщо вона виконує батьківські обов'язки, виховує часто хворіючу дитину. Виховання дитини потребує значних зусиль, відповідальності та усвідомленої позиції батьків. У період хвороби дитини надзвичайно важливим стає адекватне реагування, ефективне спілкування з дитиною та вирішення батьками складних ситуацій, пов'язаних із вихованням та доглядом за нею. Свідоме подолання стресових ситуацій являє собою копінг-поведінку особистості, ефективність якої сприяє успішному вирішенню проблеми та виходу зі стресу з мінімальними втратами та ефективному спілкуванню з дитиною.

Об'єкт дослідження – спілкування батьків з хворою дитиною.

Предмет дослідження – психологічні аспекти спілкування батьків з хворою дитиною.

Мета дослідження полягає у теоретичному й емпіричному дослідженні психологічного змісту, структури копінг-стратегій та проявів особистісної безпорадності батьків хворої дитини; виявлені їх впливу на стиль спілкування з дитиною; розробці комплексної програми подолання особистісної набутої безпорадності батьків.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз та визначити сутність копінг-стратегій та особистісної завченої безпорадності в її основних змістовних компонентах і в динаміці формування у батьків хворої дитини та специфіки їх взаємозв'язку зі стилем виховання.

2. Виявити рівень вираженості копінг-стратегій та особистісної безпорадності батьків хворої дитини, здійснити порівняльний аналіз

показників когнітивних, мотиваційних та емоційних характеристик у батьків з високим рівнем безпорадності та з високим рівнем активності.

3. Виявити особливості зв'язку копінг-стратегій та сформованої особистісної безпорадності зі стилем батьківського ставлення та сімейного виховання.

4. На основі аналізу теоретико-методологічних підходів до проблеми подолання особистісної безпорадності й результатів емпіричного дослідження розробити комплексну програму подолання особистісної безпорадності у батьків хворої дитини.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс методів, вибір яких залежав від змісту проблеми та етапу дослідження:

теоретичні – аналіз, порівняння та систематизація науково-методичних, вітчизняних та зарубіжних літературних джерел із медичної та практичної психології, що дало змогу проаналізувати стан досліджуваної проблеми й виокремити основні дослідницькі підходи, сучасні психологічні концепції та новаторський досвід, уточнити зміст основних понять; узагальнення та систематизації досліджень, теоретичне моделювання;

емпіричні – (до діагностичного комплексу ввійшли: методика діагностики індексу життєвого стилю (R. Plutchik, H. Kelierman, H.R. Conte), опитувальник «Копінг-стратегії» (R. Lazarus, S. Folkman), тест «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана та Д. Рікса, методику вивчення самооцінки А. Прихожан «Визначення самооцінки та рівня домагань» та методи математичної статистики (статистична обробка проводилася за допомогою MS Excel v.8.0.3., для визначення достовірності різниці між досліджуваними вибірками було застосовано параметричний t-критерій Стьюдента).

Наукова новизна одержаних результатів:

уперше:

- експериментально перевірено особливості використання копінг-стратегій матерями та татами часто хворіючих дітей;

- уточнено узагальнений профіль копінгу у батьків хворої дитини; проведено дослідження особистісної безпорадності у батьків хворої дитини;

- розроблено комплексну програму для подолання особистісної безпорадності у батьків хворої дитини,;

удосконалено:

- техніку застосування методик для поліпшення адаптації батьків до життєвих умов, знаходження особистісних ресурсів і виховання позитивної активної позиції, пов'язаної з доглядом за дитиною;

дістали подальшого розвитку:

- теоретичні уявлення щодо взаємозв'язку стратегій та стилів копінг-поведінки батьків з ситуативними характеристиками батьківського ставлення, обумовленими станом здоров'я дитини,

Практичне значення дослідження полягає у застосуванні аналізу індексу життєвого стилю, копінг-стратегій, стилів виховання батьків часто хворіючої дитини як інструменту для встановлення довірливих стосунків з ними в роботі психологів дитячих поліклінік.

Експериментальна база дослідження: КНП «ЦПМСД-2» Дарницького району м. Києва.

Апробація результатів дослідження: Результати дипломної роботи представлено у співавторстві з науковим керівником у статті «Окремі аспекти емпіричного дослідження навченої безпорадності батьків часто хворіючої дитини», прийнято до друку у періодичне наукове видання, що включені до переліку фахових видань України В*чені записки Університету «КРОК».*

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (73 найменування, з яких 22 іноземними мовами) та додатків. Загальний обсяг дипломної роботи становить – 91 сторінок, основний обсяг – 73 сторінок. Робота містить 5 таблиць,1 рисунок, 4 додатки (на 9 сторінках).

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПІЛКУВАННЯ БАТЬКІВ З ХВОРОЮ ДИТИНОЮ

1.1. Поняття та характеристика структурних компонентів копінг-стратегій та феномену особистісної безпорадності

Діти, які часто хворіють, належать до окремої групи, яка перебуває під диспансерним наглядом. Їх захворюваність респіраторними інфекціями та іншими соматичними проявами не пов’язана зі стійкими вродженими, спадковими або набутими патологічними станами [49]. Однак, часті та тривалі гострі респіраторні захворювання створюють напругу і проблеми для батьків. Це також впливає на стиль спілкування з дитиною та створює особливу життєву ситуацію для всієї сім’ї в цілому.

Сім’я хворої дитини часто стикається з безпорадністю перед життєвими викликами, що є поширеним явищем. Особистісна безпорадність в цьому контексті пов'язана з феноменом завченої, придбаної або прищепленої безпорадності. Цей феномен привертає увагу вчених-психологів, які активно вивчають його, оскільки розуміння цієї проблеми важливе для аналізу поведінкових реакцій, соціальної активності та особистісного розвитку людини.

Теоретичний аналіз досліджень аспектів спілкування батьків з хворою дитиною: Melissa A. Alderfer спеціалізується на психологічних аспектах спілкування батьків з хворою дитиною, Irwin Sandler досліджує вплив хвороби на сім’ю, спілкування батьків з хворою дитиною, адаптацію сімей до стресу. Kenneth J. Doka досліджує психологічні аспекти сімей, що мають хвору дитину, та вплив цього на комунікацію в родині. Українська науковиця Лариса Саркісян, фахівець у галузі дитячої психології, працює над питаннями психологічної підтримки батьків хворих дітей та їх спілкування, Олена Лученко, українська психологиня також досліджує психологічні

аспекти взаємодії між батьками та хворими дітьми. Вікторія Шпарага, українська науковиця, свої дослідження зорієнтовує на психологічні аспекти спілкування батьків з хворою дитиною, зокрема в контексті педіатричних захворювань.

Надзвичайно актуальним завданням сучасної української психологічної науки й тісно пов'язаним з практикою надання психологічної допомоги людям, які опинилися в складній життєвій ситуації є вивчення феномену копінгу. Поняття «копінг» походить від англійського «соре» (переборювати) [29]. Перші дослідження, присвячені копінгу, з'явилися серед зарубіжних науковців ще у другій половині двадцятого століття (А. Білінгз, Р. Лазарус, С. Фолкман, Р. Мус, Н. Ендлер, Дж. Паркер, М. Перрез, Л. Перлін, М. Райтчерз та ін.). Актуальність вивчення проблеми подолання людиною стресових впливів наростає у всьому світі, а в нашій країні знаходить своє відображення у роботах таких дослідників, як: Г. Діденко, А. Дудка, Л. Карамушка, В. Олефір, Н. Родіна, З. Сивогракова, І. Сингаївська, А. Ткачук, В. Шебанова, Г. Діденко, Н. Ярош та інших.

Поняття «копінг-стратегії» вперше було запроваджено Р. Лазарусом та С. Фолкманом у рамках транзактної моделі стресу. Це поняття досліджувалося в контексті теорії стресу як механізм, спрямований на подолання стресу, у відповідь на адаптацію до вимог середовища та внутрішніх ресурсів. Автори розглядали копінг як динамічний процес, що залежить від особистісного сприйняття ситуації. Вони визначили психологічне подолання як когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на зниження впливу стресу та збереження психологічного комфорту. Ці механізми копінгу відображають рівень адаптації особистості до ситуації, враховуючи як особистісні риси, так і саму ситуацію, яка є важливою в цьому підході [58; 59].

Так, у сучасній психології тематика копінгу стала самостійним науковим напрямком, який набуває зростаючого інтересу. Він активно відкриттями [5]. Взаємопов'язаними є такі явища, як «копінг-поведінка»,

«копінг-стратегії» і «копінг-ресурси». Копінг-поведінка реалізується за допомогою застосування копінг-стратегій на основі особистісних і середовищних копінг-ресурсів [7].

Вивчення копінгу охоплює різноманітні підходи, які розглядають його з різних точок зору: неопсихоаналітичний, психодинамічний, ресурсний та ситуаційний. Вчені виділяють кілька рівнів стресу, які включають «копінгові дії» (почуття, думки, дії особистості), «копінг-стратегії» (засоби управління стресом, які використовуються у відповідь на загрозу), «копінгові стилі» та «копінг-поведінку» [34]. Копінгові дії часто узагальнюються на рівні копінг-стратегій, а останні, у свою чергу, включають копінгові стилі – послідовність стратегій, що використовуються для подолання стресу.

Так, кожна особистість має власні копінг-стратегії, які використовуються для подолання стресу. Ці стратегії базуються на особистісному досвіді та різних психологічних резервах, відомих як копінг-ресурси. Копінг-поведінка представляє індивідуальний спосіб дій особистості у складних ситуаціях, залежно від важливості цих ситуацій для життя людини. Ця поведінка використовує різні копінг-стратегії, які базуються на ресурсах особистості, таких як Я-концепція, внутрішній локус контролю, когнітивні ресурси, емпатія, духовність, а також на ресурсах середовища, таких як оточення людини та її здатність знаходити, отримувати та надавати соціальну підтримку [6; 10]. У зарубіжних джерелах [51; 54; 58] застосовуються поняття «активний копінг», «перетворювальний копінг», «регресивний копінг», «копінг, спрямований на уникнення».

Питання ефективної та неефективної копінг-поведінки безпосередньо пов’язане з поняттям копінг-стратегій. Так, копінг може виявлятися у наближенні до стресових факторів або уникненні їх впливу. Ці стратегії відображаються на різних рівнях, таких як когнітивний, емоційний і поведінковий. Вони уособлюють різні підходи до співволодіння стресом. Це може включати різні методи, такі як агресивна реакція, пошук інформації та

розв’язання проблем, або ж уникнення стресових ситуацій через ігнорування, витіснення, відволікання або створення психологічної дистанції [63].

Копінг-поведінка включає всі усвідомлені спроби особистості подолати стрес, змінити або вплинути на ситуацію, а не лише успішні зусилля. Головна психологічна мета такої поведінки - адаптувати особистість до вимог ситуації, засвоїти її, послабити чи розвантажити напругу та нейтралізувати стресовий вплив цієї ситуації [64].

Наразі не існує універсальної класифікації типів копінг-поведінки. Більшість сучасних досліджень спираються на концепцію двох стратегій копінг-поведінки: «фокус на проблемі» (зосередження на зміні самої ситуації) та «фокус на емоціях» (зосередження на зміні власних емоцій та поглядів на ситуацію). Ця концепція надає загальний каркас для розуміння та дослідження різних стратегій, що застосовуються людьми для подолання стресу (Р. Лазарус і С. Фолкман).

Проблемно-орієнтована поведінка пов’язана з мобілізацією ресурсів поведінки і проявляється в раціональному аналізі проблеми, в зверненні по допомогу до інших. Копінг, орієнтований на емоції, проявляється в мобілізації ресурсів для регулювання власних емоційних переживань. Врегулювання емоційних переживань може виявлятися в різних формах. Це включає відволікання від негативних емоцій, коли людина зосереджується на інших аспектах життя або діється щось, щоб відволіктися від проблеми. Дистанціювання від проблеми означає зміну сприйняття ситуації, що дозволяє дивитися на неї з іншого ракурсу чи відстані, що допомагає знизити емоційне навантаження. Також, фокус на позитивних аспектах ситуації орієнтований на виявлення позитивних чи корисних сторін у складній ситуації, що допомагає зменшити вплив негативних емоцій. [64].

Копінг-поведінка запускається конкретною ситуацією – «ситуативним фактором» [65]. оцінка рівня стресу у ситуації грає ключову роль у виборі стратегій подолання. Ефективність копінгу залежить від того, наскільки відповідні обрані стратегії конкретній ситуації та наявних особистісних

ресурсів. Це призводить до виділення ситуативної адаптивності та дезадаптованості різних стратегій подолання. Той же підхід може бути ефективним у одній ситуації та неефективним або навіть шкідливим у іншій. Ефективні копінг-стратегії часто спрямовані на безпосереднє вирішення проблеми, що допомагає активно впливати на ситуацію[55]. Основна функція копінг-поведінки особистості реалізується завдяки копінг-стратегіям, які являють собою індивідуальні способи виходу із загрозливої ситуації.

Найбільш поширеними є три основні підходи до розуміння поняття «копінг»: его-орієнтований підхід [62; 63], де копінг-процес аналізується як специфічний его-механізм, спрямований на продуктивну адаптацію особистості у складних обставинах; диспозиційний підхід [53] відповідно до якого, копінг є обумовленим відносно стійкими особистісними передумовами, що визначають реакцію людини на той чи інший стресовий фактор; когнітивно-феноменологічний підхід [68], який на сьогодні є найбільш відомим та досліджує копінг як динамічний процес, обумовлений суб'єктивністю переживання ситуації та багатьма іншими чинниками, серед яких – специфіка ситуації та фаза зіткнення зі стресовим чинником.

Науковці ввели такі копінг-стратегії: 1) активний копінг (активні дії з усунення джерела стресу), 2) планування (планування своїх дій щодо проблемної ситуації), 3) пошук активної соціальної підтримки (звернення за допомогою, порадою до свого соціального оточення), 4) позитивна інтерпретація і розвиток (оцінка ситуації з точки зору її позитивних сторін і ставлення до неї як до набуття життєвого досвіду), і прийняття (визнання реальності ситуації).

Інший блок копінг-стратегій, на думку науковців, також може сприяти адаптації до стресової ситуації, але він не пов'язаний з активним копінгом. Такі стратегії включають: 1) придушення конкурентної активності (зниження активності щодо інших питань і проблем й абсолютна зосередженість на джерелах стресу); 2) стримування (очікування більш сприятливих умов для вирішення ситуації). Третя група стратегій подолання не є адаптивною, але в

деяких випадках вона допомагає пристосуватися до стресової ситуації і впоратися з нею. До них належать: 1) зосередженість на емоціях та їх прояві (емоційна реакція на проблемну ситуацію), 2) заперечення (заперечення самої стресової ситуації), 3) психічна відчуженість (психологічне відволікання від джерела стресу через втіхи, сновидіння, сон тощо), і 4) поведінкове виключення (відмова вирішувати ситуацію) [8; 28; 47].

Г. Ваіллант виокремлює три класи копінг-стратегій: до першого класу належать стратегії, спрямовані на пошук соціальної підтримки; до другого – усвідомлені когнітивні стратегії, які люди застосовують у трудних ситуаціях (копінг-стратегії в їх традиційному розумінні); третій клас складають мимовільні психічні механізми, які змінюють сприйняття внутрішньої або зовнішньої реальності з метою зменшення стресу [68].

Аналізуючи особливості копінг-поведінки у сучасних наукових дослідженнях, В. Шебанова дійшла висновку щодо класифікації способів подолання стресу: 1) копінг, націлений на оцінку; 2) копінг, націлений на проблему; 3) копінг, націлений на емоції. Сама копінг-поведінка, на її думку – це стратегії дійособистості в ситуаціях психологічної загрози фізичному, особистісному і соціальному благополуччю, які здійснюються в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах функціонування особистості і призводять до успішної або більш-менш успішної адаптації [46 47].

Таким чином, копінг виконує дві основні функції [7]:

1) вирішення проблеми, яка призвела до стресу або спроба змінити стресор;

2) регулювання емоцій, в першу чергу, негативних, які викликані стрессором.

Також копінг володіє якостями: наближення до стрессору та уникнення стрессора. Ці якості проявляються на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях. Ці якості лежать в основі різних стратегій копінг-поведінки.

Виділяють три базових стиля копінг-стратегійи [46]:

1) проблемно-орієнтований копінг (спрямований на вирішення проблеми за рахунок її раціонального аналізу, він пов'язаний зі створенням і подальшим виконанням плану вирішення тяжкої ситуації. Характерними формами поведінки для цього копінга є самостійний аналіз того, що сталося, пошук додаткової інформації та звернення за допомогою до інших);

2) емоційно- або суб'єктивно-орієнтований копінг (є наслідком емоційного реагування на ситуацію, яка при цьому не супроводжується будь-якими конкретними діями по вирішенню проблеми. Така поведінка може проявлятися у вигляді занурення особистості у власні переживання, залучення інших людей у свої переживання або у вигляді самозвинувачення);

3) особистісно-орієнтований копінг (характеризується тим, що людина вдається до уникнення та шукає підтримки та дослухається до думки компетентних, значущих для неї людей, які можуть гарантувати соціальну підтримку. Також уникнення може проявлятися у вигляді спроб не думати про проблему взагалі, бажання забутися уві сні, компенсувати негативні емоції їжею або розчинити свої негаразди в алкоголі).

На підставі методики С. Фолкмана і його співробітників, був отриманий емпіричний матеріал, завдяки якому було виділено ще вісім дискретних стратегій, які діляться на продуктивні копінг-стратегії і непродуктивні копінг-стратегії. До продуктивної копінг-стратегій відносяться [60]:

1. Стратегія самоконтролю полягає в бажанні регулювати свої почуття і вчинки.

2. Стратегія прийняття відповідальності визначається у визнанні свою власну роль, у виникненні проблеми і прагнення не повторювати колишніх помилок.

3. Стратегія планового вирішення проблеми полягає у виробленні якогось плану дій і подальшого проходження йому.

4. Стратегія позитивної переоцінки, яка складається з зусиль особистості внести якийсь позитивний характер в що відбувається, спроби подолати труднощі за допомогою аналізу обстановки в позитивних термінах.

До непродуктивним копінг-стратегій відносяться:

1. Стратегія конфронтації, яка включає в себе наступальні дії особистості поміняти ситуацію, прояви гніву щодо того, що безпосередньо і створило скрутну проблему.

2. Стратегія дистанціювання визначає спроби особистості захистити себе від проблем, що виникли, як би забути про них.

3. Стратегія пошуку соціальної підтримки полягає в прагненні особистості знайти в соціумі будь-яку інформаційну, матеріальну або емоційну допомогу.

4. Стратегія уникнення полягає в прагненні особистості позбутися від виниклої ситуації і піти з неї. Всі ці вісім копінг-стратегій описують абсолютно різні орієнтації особистості.

Таким чином, копінг-стратегії виявляють специфічний, характерний для особистості спосіб виходу із загрозливої ситуації. На основі критерію адаптивності копінг-стратегії диференціюються на адаптивні, відносно адаптивні, неадаптивні. До основних чинників копінгу дослідники відносять: суб’єктивну оцінку ситуації, особистісні риси та специфіку проблемної ситуації.

Копінг-ресурси – це особистісні ресурси копінг-поведінки або внутрішні психологічні чинники її формування та розвитку. Класифікація копінг-ресурсів є обширною, але не є чітко визначеною. Основними видами копінг-ресурсів є фізичні (здоров'я, стійкість, стресостійкість), психологічні (внутрішні переконання, адекватна самооцінка, оптимізм) та загальна стійкість особистості. Додатково до цього важливі соціальні ресурси, такі як індивідуальні соціальні зв'язки та системи соціальної підтримки в житті людини.

Отже, копінг-ресурси можна умовно розділити на дві категорії: особистісні та ресурси, пов'язані з оточенням. Структуру копінг-процесу можна відобразити наступним чином: сприйняття стресу – когнітивна оцінка – виникнення емоцій – вироблення стратегій подолання – оцінка результату дій [60].

Основні функції копінгу включають відновлення психологічного комфорту, адаптацію до стресових ситуацій та задоволення актуальних життєвих потреб. Ефективність копінгу залежить від того, наскільки людина вибирає адаптивні стратегії, враховуючи конкретну ситуацію та особливості своєї особистості. Ці індивідуально-психологічні характеристики напряму впливають на копінг-поведінку та її результативність.

Феномен безпорадності активно вивчається західними психологами (Г. Металскі, С. Майєр, Дж. Овермайер К. Петерсон М. Селігман, Р. Соломон, Дж. Тісдейл, Л. Фестінгер, Д. Хірото, Х. Хекхаузен) та українськими психологами (Я. Гошовський, О. Колісник). Теорія завченої безпорадності описує цей психологічний явище як реакцію на негативні та травмуючі події.

При аналізі термінів української психології, поняття «завчена безпорадність» виявляється більш відповідним психологічному змісту феномену безпорадності. Це підкреслює, що безпорадність є «завченою», тобто засвоєною через вплив як зовнішніх, так і внутрішніх чинників. Під час вивчення цього явища, особлива увага приділяється його зв’язку з життєвими подіями. (К. Петерсон, М. Селігман, та інші) [64; 65], зв’язку завченої безпорадності та депресії (Л. Абрамсон, Л. Еллой, С. Майєр, М. Селігман) [65; 70], вивчаються підходи до корекції і профілактики завченої безпорадності (Дж. Гілхам, К. Двек, К. Рейвіч, Н. Репуччі, М. Селігман та інші) [57; 70].

Теорія завченої безпорадності, сформульована М. Селігманом, автор теорії завченої безпорадності, визначає безпорадність як психологічний стан, який виникає внаслідок реакції на непідконтрольні, переважно неприємні

події і проявляється в негативному очікуванні майбутніх подій і результатів діяльності [71]. Автор досліджує причини пасивної поведінки, яка спричинена негативним досвідом та специфікою приписування причин. Ознаки такого стану включають когнітивні, емоційні та мотиваційні недоліки, що проявляються у відмові від активного втручання в ситуацію та зупинці дій, які могли б змінити її. Процес виникнення завченої безпорадності подано на рис. 1.1.

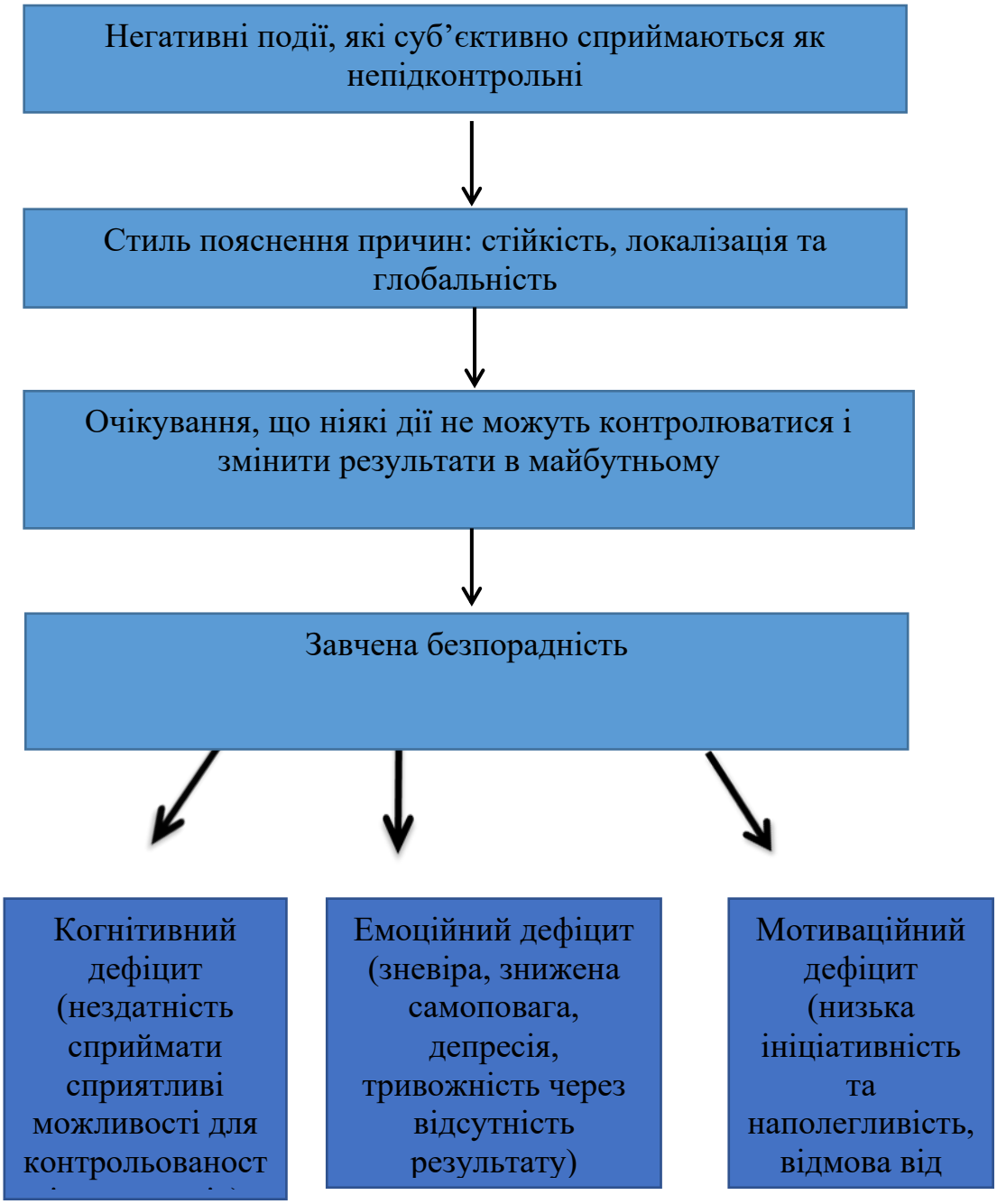

Рис. 1.1 Процес виникнення завченої безпорадності за М. Селігманом

Таким чином, М. Селігман виділяє три «дефіцити безпорадності»: мотиваційний, когнітивний, емоційний. Когнітивний дефіцит проявляється у негативних подіях, які суб'єктивно сприймаються як непідконтрольні. Мотиваційний дефіцит проявляється у зниженні спроб активного втручання в ситуацію. Емоційний дефіцит проявляється у виникаючому внаслідок безплідності власних дій подавленому і навіть депресивному стані. Дослідження в психології свідчать, що безпорадність суттєво впливає на сприйняття оточуючого світу, встановлення цілей та способи їх досягнення.

Виявлено, що безпорадність може формуватися навіть при простому спостереженні за іншими людьми, які виявляють подібну поведінку. Люди швидше схильні до піддавання в разі співпадіння між їхньою поведінкою та невпевненою моделлю. Це може частково пояснювати поведінку батьків часто хворіючої дитини, чиє дії є віддзеркаленням безпорадності й мотивації інших батьків. Дослідники відзначають, що навіть тимчасове почуття неконтрольованості може стати основою для стійкої особистісної властивості, впливаючи на поведінку людини [57; 70; 71].

Теоретичний аналіз вказує на те, що завчена безпорадність утворюється через тривале внутрішнє сприйняття невпорядкованості ситуацій, де відсутній контроль. Це виникає з переоцінки власних можливостей порівняно з вимогами оточення. Безпорадність розвивається під впливом негативних зовнішніх факторів або внутрішніх особистісних чинників. Це проявляється у значному зниженні продуктивності, ускладненому розумінні складних ситуацій та ускладненні розробки адекватних стратегій. Часто це призводить до відмови від дій для досягнення мети.

Безпорадність розглядається як стійке багатокомпонентне психологічне утворення особистісного рівня, що включає складові когнітивного, мотиваційного та емоційного компонентів. Когнітивний включає високі показники песимістичного означального стилю; мотиваційний – низький рівень домагань і мотивації досягнень; емоційний –

високі показники тривожності, невпевненості, пригніченості, втоми, заниження самооцінки.

Сформовані в ситуації безпорадності дефіцити (когнітивний, мотиваційний та емоційний) впливають на розуміння та емоційне сприйняття невдач та успіхів людиною, при чому найчастіше невдачі наділяються більшою емоційною значущістю й особистісним смислом, ніж успіхи. Таким чином відбувається відмова від пошуку засобів активного впливу на ситуацію, що водночас посилює безпорадність, тобто вона засвоюється, стає завченою й зменшує здатність людини до пошукової активності. Сформована особистісна завчена безпорадність може негативно впливати на результативність будь-якої діяльності, в нашому випадку – на виховання та розвиток часто хворіючої дитини.

1.2. Психологічний зміст характеристик особистісної безпорадності батьків в спілкуванні з хворою дитиною

Часто хворіючі діти (ЧХД) – це термін, що позначає групу дітей і підлітків, яка виділяється при диспансерному спостереженні й характеризується більш високим, ніж у їх однолітків, рівнем захворюваності на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) [24; 45 і ін.], які виникають через транзиторні корегуємі відхилення в захисних системах організму при відсутності стійких органічних порушень у них. Підвищена сприйнятливість до респіраторних інфекцій у часто хворіючих дітей не пов’язана зі стійкими вродженими і спадковими патологічними станами [45].

Особливостями часто хворіючих дітей є лише висока частота виникнення ГРЗ та схильність до затяжного і рецидивуючого їх перебігу аж до безперервно рецидивуючого. Прийнято вважати, що ЧХД феномен виключно віковий. Цю групу складають переважно діти дошкільного віку, які хворіють на ГРЗ більше чотирьох разів на рік. Однак, дослідження науковців та медиків вказують на те, що гострі респіраторні вірусні інфекції не єдина причина частих захворювань. У якості причин виокремлюють дитячі інфекції, отити, синусити та звернення з приводу хронічних захворювань лише у фазі загострення У медицині часто хворіючими вважаються: діти до 1 року, у яких випадки гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) 4 і більше разів на рік; діти від 1 до 3 років, у яких частота 6 і більше ГРЗ на рік; діти від 3 до 5 років, у яких частота 5 і більше ГРЗ на рік; діти старше 5 років, у яких частота 4 і більше ГРЗ на рік [24; 45].

Фактори, що сприяють частим захворюванням дітей: певна незрілість імунної системи, що зумовлює в дітей менш диференційовану (в порівнянні з дорослими) відповідь імунної системи в цілому на вплив інфекції. Виникає це внаслідок того, що імунна система в дітей схильна до онтогенетичної послідовності дозрівання різних імунних факторів, яке завершується лише к 12-14 року життя; несприятлива екологічна обстановка; низький рівень санітарної культури, несприятливі соціально-побутові умови, недостатньо

збалансоване харчування; ранній початок відвідування дошкільних навчальних закладів [24;45].

У психологічній літературі наводяться дані, що вказують на відмінності часто хворіючих дітей від їх здорових однолітків за певними індивідуально-психологічними характеристиками: висока виражена тривожність, боязкість, невпевненість в собі, швидка стомлюваність, залежність від думки оточуючих (насамперед від думки батьків) [27;43; 44].

Проблеми пов'язані із життєдіяльністю та функціонуванням сім'ї завжди в полі зору психологів та соціологів. Висвітленню різних аспектів сім'ї як провідного інституту соціалізації дитини присвячують наукові праці Н. Абдюкова, О. Васильченко, Н. Дембицька, В. Заслуженюк, В. Семиченко, І. Сингаївська, В. Москаленко, Н. Уманець, О. Харчев та інші. Дослідники одностайні в тому, що належна реалізація сім'єю відповідних функцій можлива лише за умов усвідомлення батьками себе, як агентів соціалізації, наявності в них відповідних особистісних якостей, життєвих цінностей, які складають соціалізуючий потенціал сім'ї. Сім'я є найбільш значущою частиною світу дитини, тому вона звичайно розглядається як первинний і найбільш потужний агент соціалізації, який грає ключову роль у формуванні особистісних рис і мотивів; у передачі цінностей, віри і норм, властивих даній культурі [2; 3:4; 36].

Хворобливість дитини ставить батьків перед фактом розширення соціальних контактів з різними установами, організаціями і службами охорони здоров'я . Усвідомлюючи свою відповідальність перед малюком, батьки повинні, не втрачаючи часу, починати діяти, виявляючи відповідну активність з метою створення необхідних умов для повноцінного розвитку дитини. Така активність корисна в двох напрямках. По-перше, вона дозволить батькам легше пережити депресивний стан, викликаний хвороби дитини, по-друге, розумна активність може дати позитивний імпульс для своєчасного її лікування.

Сім’я відіграє велику роль в реабілітації дитини. Здорове сімейне виховання, що ґрунтується на щирій любові до дитини, може допомогти їй подолати труднощі. Однією з умов успіху виховання в родині є педагогічний оптимізм, що базується на тій правді, що за допомогою комплексного терапевтичного впливу, а також при правильних умовах виховання в родині можна впливати на стан дитини. З педагогічного оптимізму і любові до виховання дитини надалі формується правильне ставлення до неї. Воно проявляється у повному розумінні хвороби та стану дитини [36].

Роль сім’ї значуща для дитини будь-якого віку, а кожен етап розвитку дитини диктує свою специфіку роботи сім’ї з дитиною та особливості психотерапевтичної роботи з сім’єю. На всіх етапах роботи велике значення має взаємоінформування фахівців і батьків про особливості розвитку та особистості дитини, спільний з батьками та фахівцем аналіз конкретних ситуацій, пов’язаних з вихованням дитини. Це допоможе вибрати правильний стиль поведінки дорослих, стиль їх спілкування з дитиною [4; 36].

Стан сім’ї, яка виховує часто хворіючу дитину характеризується нами як сімейний стрес. Це стан сім’ї, який виникає як порушення рівноваги між реально існуючими вимогами до сім’ї (прийняття хвороби дитини та ефективне функціонування всієї родини) і можливостями сім’ї впоратися з ними. Під час стресу сім’я переживає загальне напруження і негативні емоції, певний (оптимальний) рівень якого може впливати як стимул, мобілізувати батьків, а неоптимальний – породити низку негативних наслідків для всіх членів родини.

Обставиною, що утрудняє функціонування сім’ї та ставлять її членів перед необхідністю протистояти несприятливим змінам, є виховання часто хворіючої дитини. Дана ситуація може характеризуватися як надсильний і хронічний подразник. Батьки такої дитини відчувають безліч труднощів різного характеру, тут має місце ряд специфічних проблем, які викликають ланцюгову реакцію несприятливих змін в сім’ї. По-перше, батьки, як

правило, не підготовлені до такої катастрофічної для них події і, як наслідок, відчувають свою безпорадність. По-друге, виявляються порушеними всі основні сфери життя сім'ї.

Стан дитини може сприйматися батьками як перешкода, що спотворює задоволення потреби в батьківстві і материнстві. Хвороба дитини вимагають додаткових матеріальних витрат. Така ситуація подовжує період, протягом якого жінка залишається поза трудової діяльності. Часто мати не працює довгі роки, і вся тяжкість задоволення матеріальних потреб членів сім'ї лягає на плечі батька. Присвячуючи весь свій час лікуванню дитини, часто в такій ситуації батьки забувають про потреби в спільному проведенні дозвілля і відпочинку. Спотворюється і функція первинного соціального контролю, розтягуючись на невизначений час.

Максимальний сімейний стрес, з яким сім'я не може впоратися, призводить до сімейної кризи. Кризою є нездатність сім'ї протистояти постійному тиску вимог, які змінюють сімейну структуру взаємодії членів сім'ї та їх соціальне функціонування. Так, наприклад, часто спостерігається захисний механізм, що полягає у необґрунтованій вірі в можливість вилікування дитини, батьки шукають чудесних ліків, вірять в чудесні методи лікування. Іншим захисним механізмом є пошук винних, оскільки вони глибоко переконані, що неповноцінність їх дитини була спричинена помилкою лікаря, а інколи звинувачують у цьому надприродні сили (Бога, долю) або проблему здоров'я дитини відносять на рахунок провини за свої гріхи. Існує особлива якість сім'ї – «здатність до опору», яка дозволяє їй протистояти несприятливим змінам, формувати та підтримувати стійкі патерни функціонування під впливом стресу [36; 37; 72].

Інтегральним показником функціональності сім'ї вважаються процес розв'язання сімейних проблем, подолання складних, стресових ситуацій. Основою оцінки функціонування сім'ї виявляється не загальна або індивідуальна задоволеність, не відсутність конфліктів, не наявність труднощів у її функціонуванні, а ефективність сімейних механізмів інтеграції

сім’ї та особистості, тобто реакція сім'ї на труднощі, необхідність перебудувати своє життя і стосунки [36; 37; 72].

Продуктивний копінг батьків має позитивний вплив як на їх психічне здоров’я, так і на створення умов для розвитку і соціалізації дитини. Але, далеко не всі родини, які виховують часто хворіючу дитину, можуть конструктивно впоратися з негативними переживаннями, нерідко стрес дестабілізує життя сім’ї і є причиною її дисфункціональності.

Проблема психологічного подолання життєвих труднощів є предметом вивчення багатьох досліджень як зарубіжної так і вітчизняної психології. При цьому для позначення такої поведінки стали застосовуватися різні терміни: долаюча поведінка, захисно-долаюча поведінка, копінг. На сьогоднішній день найбільшого поширення та застосування отримав термін «копінг-поведінка».

Вітчизняні дослідники інтерпретують поняття «копінг» як те, що робить людина, щоб подолати стрес, а «копінг-поведінку» – як долаючу поведінку або психологічне подолання [3]. Початок вивчення в сучасній психології копінг-поведінки пов’язаний з обґрунтуванням Річардом Лазарусом положення про те, що здатність особистості долати стрес в більшості випадків більш важлива, ніж природа та величина стресу, частота його впливу [7].У батьків, починаючи з перших місяців хвороби дитини, на думку науковців, можуть формуватися три типи ставлення до захворювання дитини [21]:

1) адекватний, що обумовлює гармонійне виховання;

2) надцінний (тривожно-недовірливий), пов’язаний із вихованням дитини в умовах гіперопіки (потураючої гіперпротекції). Досить частою причиною гіперопіки стає фобія втрати дитини, тривожне очікування можливого нещастя. Домінуюча гіперпротекція – надмірній контроль, постійні заборона й нагляд за дитиною. Батьки все вирішують за дитину, що призводить до нівелювання почуття власної гідності та відповідальності. При потураючій гіперпротекції дитина стає кумиром родини. Батьки

задовольняють усі потреби та бажання дитини. Вважається, що гіперпротекція характеризується надмірною батьківською турботою, завищеним рівнем протекції. Основою гіперпротекції може стати любов до дитини, а в деяких випадках гіперпротекція може поєднатися з емоційним відкиданням [21];

3) байдужий, пов'язаний із недооцінкою стану хвороби дитини та супроводжується гіпоопікою (гіпопротекцією), яка проявляється у недостатній увазі до дитини та низькому контролі з боку батьків. При прихованій гіпопротекції контроль за поведінкою та життям дитини також відбувається, але він скоріш формальний. Дитина відчуває, що батькам не до неї, й нерідко починає вести таємне життя. Потураюча гіпопротекція характеризується поєднанням безконтрольності з некритичним ставленням до поведінки дитини. Гіпопротекція (бездоглядність) також буває прихована та потураюча.

Сучасні дослідження [18; 21; 35] свідчать, що приблизно 80% батьків часто хворіючої дитини використовують тип сімейного виховання за типом гіперопіки, найчастіше реалізують відкидаюче з елементами інфантилізації батьківське ставлення. Таке ставлення проявляється або в постійному контролі, або в надмірній опіці. Автори вказують на стереотип ставлення матерів ЧХД до своєї дитини, у якому неусвідомлюване емоційне відкидання дитини поєднується з тенденцією до авторитарного контролю всього психічного й тілесного життя дитини. У більшості випадків, коли дитина хворіє 4-5 і більше разів на рік, вона не відповідає очікуванням матері, вона може не приймати хвороби дитини, хоче бачити її здоровою й висуває досить високі соціальні вимоги.

Слід зазначити, що відкидання дитини матір'ю не усвідомлюється, хоча і наявне; на перший план виступає симбіотичний зв'язок, а хвороба служить засобом його підтримки. Це викликає ставлення до дитини як до «маленького невдахи», соціальні вимоги до неї зводяться до мінімуму через впевненість у тому, що вона, в силу свого фізичного стану, не може обійтися

без участі й опіки матері. Часто хворіючу дитину сприймають як таку, яка потребує постійної особливої підтримки і допомоги. Родина найчастіше перебуває в умовах хронічної психотравмуючої ситуації, постійному емоційному напруженні. Спочатку батьки відкидають думки про хворобливість дитини. Найчастіше вони схильні звинувачувати один одного і близьких родичів у поганій спадковості та генах, неправильній поведінці. Заперечення захворювання змінюється переживанням провини. Екстравертовані матері, як правило, звинувачують медичний персонал у недбальстві, неякісній роботі тощо, так проявляється механізм психологічного захисту від травмуючих переживань. Інтровертовані матері звинувачують себе, вони впадають у відчай і виявляють депресивні реакції, їх настрій сповнений сумом. З часом такі матері стають більш замкненими, втрачають інтерес до навколишнього середовища, до колишніх захоплень. В емоційній сфері відзначається вразливість, дратівливість, нестриманість афектів, сльозливість при розмовах про дітей [18, 40 та ін.].

Поведінка батьків багато в чому залежить від прийняття батьками інформації про захворювання дитини, вибору стилю і тактики її виховання, адекватного сприйняття захворювання на всіх етапах розвитку дитини і збереження функціональних стосунків між усіма членами сім'ї [21; 41]. У більшості випадків через різні фізичні, емоційні й соціальні навантаження, обумовлені наявністю хронічних захворювань дитини, матері страждають і переживають набагато сильніше і гостріше, ніж татусі.

У батьків можуть формуватися три типи ставлення до захворювання дитини: адекватний, що обумовлює гармонійне виховання; надцінний (тривожно-недовірливий), виховання дитини в умовах гіперопіки; байдужий, пов'язаний із недооцінкою стану хвороби дитини та супроводжується гіпоопікою.

Проблеми, пов'язані із частими хворобами дитини, включають компенсаторні механізми сімейної ситуації: конфлікти, ворожість, переживання тривоги, почуття власної неповноцінності, а також особливості

ставлення до дитини (з боку матері – надмірна вимогливість, проекція на дитину власних небажаних якостей, страх втрати дитини, батька – нерозвиненість батьківських почуттів). На долю сім'ї випадає низка життєвих проблем, які потребують вирішення. Такі дані обумовлюють посилення проблеми забезпечення психологічного здоров'я даної категорії батьків.

Одним із важливих аспектів цієї проблеми є пошук особистісних ресурсів, врахування яких може сприяти забезпеченню психологічного здоров'я батьків. Одним із таких ресурсів можуть виступати копінг-стратегії подолання ситуацій життєвого напруження. Специфічність використовуваних батьками копінг-стратегій визначається базовими копінг-ресурсами, до яких належать: Я-концепція, інтернальна орієнтація особистості, стилі міжособистісної взаємодії, емпатія, афіліація, когнітивні ресурси [36, 46 та ін.].

Можемо зробити припущення, що вибір батьками часто хворіючої дитини копінг-стратегій зумовлюється, передусім, їх індивідуально-психологічними особливостями (рівнем розвитку рефлексії, емпатії й саморегуляції), особливостями батьківського ставлення до часто хворіючої дитини та цінностей. Слід зазначити, що вони не завжди є гармонійними, а підвищення їх ефективності можливе шляхом розширення репертуару стратегій батьківської копінг-поведінки за умов врахування всіх чинників, використання активних соціально-психологічних методів навчання, засобами соціально-психологічного тренінгу, зокрема.

Вітчизняна дослідниця академік Т. Яценко [51] «психологічний захист» розглядається як фільтр свідомості; «витіснення» зі сфери свідомого в сферу несвідомого дозволяє заповнити «порожнечі», що виникли між сенсами, що суперечать уявленню особистості про себе. Т. Яценко в своїх дослідженнях акцентує увагу на основній ролі психологічного захисту, що полягає у тому, щоб особистість не усвідомлювала свої власні негативні риси. Вона підкреслює, що несвідома психіка має системну організацію,

виявлену в базових, особистісних захистах, які відрізняються від ситуативних захистів. Останні спрямовані на «адаптацію» суб'єкта до соціально важливих ситуацій. Вона підкреслює, що обидва типи захисту взаємопов'язані і не можуть існувати незалежно один від одного. Це допомагає розуміти вияви захисних механізмів у батьків.

Проведений теоретичний аналіз стану проблеми дослідження захисних механізмів у сучасній психологічній науці дає можливість зробити такий висновок: найголовніше завдання психологічного захисту – це усунення психологічного дискомфорту, а не реальне вирішення складної ситуації. Мета психологічного захисту, яку визначають сучасні дослідники, полягає в адаптації суб'єкта до складних соціально значущих ситуацій. Психологічний захист особистості, у свою чергу, розглядається як спеціальна регулятивна система, яка впливає на формування адаптаційного симптомокомплексу у людини.

Аналіз теоретичних та практичних аспектів проблем сім'ї, у якій виховується часто хворіюча дитина свідчить про те, що такі сім'ї потребують різнобічної соціально-психолого-педагогічної підтримки, адже батьки, переживають кризу, перебувають у ситуації морально-духовної травми, пов'язаної з стану дитини, відчуттям дисгармонії власного особистісного стану, і водночас виявляють пасивність, що зумовлена відсутністю чіткої програми владнання проблеми, цілеспрямованих скерованих дій.

Достатньо поширеним явищем, з яким стикається сім'я часто хворіючої дитини, є її безпорадність перед викликами життя. Особистісна безпорадність напряму пов'язана з феноменом завченої (набутої, придбаної, прищепленої) безпорадності. Цей феномен, з огляду на важливість його розуміння й аналізу у контексті поведінкових проявів, соціальної активності, особистісного розвитку людини, активно вивчається зарубіжними та вітчизняними психологами [35; 35; 42; 62].

Формування неефективних копінг-стратегій батьків часто хворіючої дитини тісно пов'язано зі станом безпорадності в них. Сім'я часто хворіючої

дитини розглядається нами як така, що потребує психологічної допомоги з приводу переживання стресу. Розглянемо дефіцити (когнітивний, мотиваційний та емоційний) сімей часто хворіючих дітей, які провокують розвинення навченої безпорадності. результати аналізу літературних джерел [35; 35; 66]. з цього питання представлено в таблиці 1.1.

Часті хвороби дитини є для батьків не тільки джерелом негативних емоційних переживань, це додає суттєвих корективу у звичний побут сім'ї, постає питання про необхідність вирішення багатьох специфічних проблем, зростає фізичне та психологічне навантаження на батьків.

У батьків часто проявляються сильні негативні емоції, які дезорганізовують взаємостосунки в сім'ї, а також порушують природний перебіг сімейного життя. Почуття страху щодо майбутнього дитини змішується з відчуттям провини за нещастя, яке спіткало сім'ю. У стані розпачу, безнадійності захисні механізми батьків надзвичайно сильні, провокують дисфункціональну, адаптивно-захисну поведінку.

Дана ситуація може характеризуватися як надсильний і хронічний подразник. Крім так званих «нормативних стресорів» (Е. Ейдеміллер, В. Юстицкий, 1989), які відчувають всі сім'ї, тут має місце ряд специфічних проблем, які викликають ланцюгову реакцію несприятливих змін в сім'ї.

По-перше, батьки, як правило, не підготовлені до проблем, пов'язаних з їх частою хворобою дитини і, як наслідок, відчувають свою безпорадність. По-друге, це впливає на всі основні сфери життя сім'ї. Сім'я переживає загальне напруження і негативні емоції, певний (оптимальний) рівень якого може впливати як стимул, мобілізувати батьків, а неоптимальний – породити низку негативних наслідків для всіх членів родини. Нездатність сім'ї протистояти постійному тиску вимог змінює сімейну структуру взаємодії членів сім'ї та їх соціальне функціонування.

Таблиця 1.1

Дефіцити (когнітивний, мотиваційний та емоційний)

Дефіцит	Характеристика	Прояви
Когнітивний дефіцит	нездатність сприймати сприятливі можливості для контрольованості результатів	• утруднене орієнтування • неадекватне осмисленні складних життєвих обставин • дезінтеграція • неможливість вироблення адекватних стратегій поведінки • відкидання проблем і підтримування ілюзій
Емоційний дефіцит	зневіра, знижена самоповага, депресія, тривожність через відсутність результату	• хвороба дитини є для батьків джерелом негативних емоційних переживань • гнітючий стан, сконцентрованість на поганому настрої, фрустрованість. • Підвищена тривожність, невпевненість, недовірливість, • схильність до почуття провини, ранимість, • емоційна збудливість, низький самоконтроль, імпульсивність, • «застряганням» особистості на негативних емоційних станах • схильність до полярності почуттів і суджень
Мотиваційний дефіцит	(низька ініціативність та наполегливість, відмова від втручання у ситуацію)	• переважає формально-вимогливий тип оцінюючого ставлення батьків до дитини, • звинувачення інших • нездатність взяти ситуацію під контроль • схильність використовувати скоріше механізми психологічного захисту, ніж стратегії свідомого подолання (копігнгу) в складних життєвих обставинах.

Існує особлива якість сім'ї – «здатність до опору», яка дозволяє їй протистояти несприятливим змінам, формувати та підтримувати стійкі патерни функціонування під впливом стресу [35]. Продуктивний копінг батьків має позитивний вплив як на їх психічне здоров'я. Але, далеко не всі родини можуть конструктивно впоратися з негативними переживаннями, нерідко стрес дестабілізує життя сім'ї і є причиною її дисфункціональності. У деяких родинах мати заради дитини залишає роботу, «ставить на собі хрест» і віддає всі свої сили тільки дитині.

Аналіз наукових досліджень дозволяє виокремити поняття функціональної і дисфункціональної сім'ї у контексті подолання життєвих труднощів [35]. Основою оцінки функціональності сім'ї виявляється не загальна або індивідуальна задоволеність, не відсутність конфліктів, не відсутність труднощів, а ефективність механізмів сімейного функціонування, тобто їх зріла реакція на труднощі, розуміння необхідності перебудовувати своє життя і стосунки. Отже, показником функціональності сім'ї є здатність до розв'язання внутрішніх проблем та подолання стресових ситуацій.

Дисфункціональна сім'я, на відміну, частіше використовує механізми психологічного захисту, ніж свідомі стратегії подолання (копінг), коли стикається з складними обставинами життя. Особливості подолання складних ситуацій функціональними та дисфункціональними сім'ями викладено в табл. 1.2..

На основі теоретичного аналізу особливостей истемних характеристик дисфункціональної сім'ї Т.В. Гущіної, та спираючись на циркулярну модель Д.Х. Олсона, в основі якої лежить співвідношення інтегративних параметрів функціонування сімейної системи: згуртованості, яка визначається як емоційне прийняття членами сім'ї один одного, а також адаптації (гнучкості), яка визначається як зміни в лідерстві, сімейних ролях і правилах, які регулюють стосунки, нами визначено особливості дисфункціональності сімейних стосунків у сім'ї часто хворіючої дитини (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Особливості подолання складних ситуацій функціональними та дисфункційними сім’ями (за Т. Гущіною)

Сімейні параметри	**Функціональна сім'я**	**Дисфункціональна сім'я**
Ідентифікація стресора	чітка, прийняття	нечітка, неприйняття
Локус проблеми	це спільна справа	це справа однієї людини
Підхід до проблеми	розв'язання	звинувачення інших
Терплячість один до одного	висока	низька
Участь і турбота	прямі, явні	непрямі, неявні
Спілкування	відкритість	втеча в себе, закритість
Згуртованість	висока	низька
Сімейні ролі	гнучкі	жорсткі
Використання ресурсів	повне	неповне
Насильство	немає	є
Вживання алкоголю, наркотиків	рідко	часто
Наявність лідера	є або паритет	немає, «параліч рішень»

На основі теоретичного аналізу особливостей функціонування сімей, часто хворіючих дітей нами визначено особливості дисфункціональності сімейних стосунків у сім’ї часто хворіючої дитини (див. табл. 1.3).

Проведений теоретичний аналіз засвідчив, що в якості психологічних симптомів особистісної безпорадності батьків часто хворіючої дитини найчастіше виділяються такі основні особистісні характеристики:

- песимістичний атрибутивний стиль;
- орієнтація на стан, на власні негативні емоційні переживання (невпевненість, пригніченість, тривогу, втому);

- низька мотивація досягнення (низький рівень домагань, високий рівень мотивації уникнення невдач);
- низький рівень суб'єктивного контролю.

Сімейна дисфункція насамперед відображається на емоційному ставленні батьків до дітей. Емоційний компонент батьківського ставлення – сукупність переживань, пов'язаних з дитиною; когнітивний – уявлення батьків про хворобу дитини, її потреби, інтереси і цінності і поведінковий компонент – стиль спілкування з дитиною.

Для дисфункційної сім'ї характерними є недостатній рівень емоційного прийняття дитини, амбівалентне або індиферентне емоційне ставлення, приховане емоційне відторгнення. Однією з причин та наслідків сімейної дисфункції виступає девіантне материнство – поведінка матері, що виявляється в емоційному та фізичному відторгненні дитини, що виражається у різних формах (гіпоопіка, авторитаризм, гіперопіка, фізичне та психічне насильство). Недостатнє або надмірне задоволення потреб дитини, неоптимальний рівень вимогливості: або завищення вимог до дитини або недостатня вимогливість, вседозволеність, неконструктивний характер контролю або його повна відсутність – все це прояви дисфункціональності.

Актуальною проблемою у процесі взаємодії з батьками є наявність у них психологічних захистів. Від психологічних захистів залежить загальне психічне благополуччя людини. Захисти відрізняються своїм поглядом у минуле, а значить, ригідністю, повторюваністю, інфантильністю, орієнтованістю на ті незавершені справи дитинства, які психіка ніколи не зможе завершити у зв'язку з соціальними табу. Тому психолог повинен знати про наявність захисних механізмів і вміти розпізнати їх. Феномен відторгнення допомоги є одним із проявів захисту.

Таблиця 1.3

Особливості дисфункціональності сімейних стосунків у сім'ї часто хворіючої дитини

Сімейні параметри	**Прояви дисфункіональності**	**Шляхи подолання**
Ідентифікація проблеми	Відсутність реальних експектацій.	Формування нових батьківських екпектації – прийняття дитини, погодження з дійсністю.
Внутрішньо-сімейні стосунки	Переважне навантаження на матір, відсторонення батька від сім'ї. Особливе становище здорових братів, сестер. Низький рівень згуртованості сім'ї, розбіжності щодо питань виховання дитини. Конфлікти. Розпад сім'ї.	Стабільність сімейних стосунків. Терплячість. Участь і турбота. Згуртованість. Розподіл обов'язків.
Підхід до проблеми	Почуття страху, відчуття провини, розпач, безнадійність. Захисні механізми.	Сімейний копінг.
Батьківське ставлення	Недостатній рівень емоційного прийняття дитини, амбівалентне або індиферентне емоційне ставлення, приховане емоційне відторгнення.	Емоційне прийняття дитини. Адекватне ставлення до дитини, її стану здоров'я.
Використання ресурсів	Заблокованість внутрішніх ресурсів.	Пошук зовнішніх та внутрішніх ресурсів.
Адаптивно-захисна поведінка	Занедбання домашніх обов'язків, втеча в професійну роботу або захоплення шкідливими звичками.	Копінг-поведінка.

У життєдіяльності таких сімей має місце ряд закономірностей:

а) порушення взаємодії з соціумом (рідні, знайомі, лікарі та ін. фахівці), замикання у своїй родині, неадекватна реакція на лікарські рекомендації, конфронтація з дитячими медичними установами;

б) порушення внутрішньосімейних відносин, особливо подружніх. Як правило, у цьому випадку позиція батька змінюється сильніше: батьки болючіше переживають, що його дитина хворіє і що вона знаходиться у ситуації «занедбаного»;

в) формування невірних установок на лікування дитини.

Сім'ї, які виховують часто хворіючих так чи інакше повинні співпрацювати зі спеціалістами різних областей (медичний персонал та ін.). Проблемою є те, що найчастіше батьки не хочуть приймати будь-яку допомогу від оточуючих. Подібна поведінка з боку батьків може породжувати певні проблеми у процесі лікування та безпосередньо виховання дитини. Необхідно відмітити, що традиційний підхід у сучасній медичній практиці є однобічним, оскільки переважно спрямовує зусилля спеціалістів на лікування дитини, а робота з сім'єю або не використовується, або використовується у якості опосередкованого впливу на цей процес.

Таким чином, можемо констатувати, що навчена безпорадність батьків часто хворіючих дітей в когнітивному компоненті проявляється песимістичним або неадекватним осмисленням складних життєвих обставин, відкидання проблем і підтримування ілюзій; в емоційному – тривожністю, невпевненістю, пригніченістю, втомою і в мотиваційному – в низькому рівні домагань і мотивації досягнень й має ознаки сімейної дисфункціональності.

Водночас, відповідно до концепції особистісної безпорадності, дослідниками виділяється протилежний за своєю психологічною суттю феномен, умовно названий «активність», як конструктивна якість індивідуального «Я», що характеризує оптимістичне ставлення людини до світу (оптимістичний стиль), відсутність пригнічених емоційних станів і

готовність долати будь-які перешкоди, незважаючи на невдачі, які повторюються [35; 37]. Ці прояви є характеристиками функціональної сім'ї.

Отже, результати теоретичного вивчення особистісної безпорадності батьків часто хворіючих дітей дали змогу дійти висновку, що у батьків у випадку виникнення стану безпорадності спостерігаються виражені негативні емоційні прояви, сукупність яких у поєднанні з песимістичним настроєм, невротичними реакціями і певними негативними поведінковими особливостями складає симптомокомплекс характеристик безпорадності як особистісного утворення, яке впливає на якість їх батьківської ролі і потребує детального вивчення з метою розробки корекційних методів щодо профілактики та подолання особистісної безпорадності.

Висновки до розділу 1:

1. Теоретично проаналізовано стан сучасних досліджень українських та зарубіжних вчених щодо проблеми адаптації та подолання індивідом складних життєвих обставин; визначено теоретичні засади аналізу копінгу та копінг-стратегій особистості.

2. Констатовано, що формована особистісна завчена безпорадність може негативно впливати на результативність будь-якої діяльності, в нашому випадку – на виховання та розвиток часто хворіючої дитини. Подано аналіз психологічних проблем та змін в організації сімейного життя сім'ї, яка виховує часто хворіючу дитину. Здійснено теоретичний аналіз проблеми особистісної безпорадності; вивчено та проаналізовано теорію завченої безпорадності як психологічний феномену і як стану, який виникає в якості реакції на негативні, травмуючі події. Ознаками такого стану виділено когнітивний, емоційний та мотиваційний дефіцити, які виражаються в гальмуванні спроб активного втручання в ситуацію, припиненні дій, що можуть щось змінити. Когнітивний дефіцит проявляється у негативних подіях, які суб'єктивно сприймаються як непідконтрольні. Мотиваційний – у зниженні спроб активного втручання в ситуацію. Емоційний – проявляється у

виникаючому внаслідок безплідності власних дій подавленому і навіть депресивному стані.

3. Теоретичного вивчено особливості особистісної безпорадності та копінг-стратегій батьків часто хворіючої дитини. В результаті теоретичного дослідження було констатовано, що навчена безпорадність в когнітивному компоненті у батьків часто хворіючої дитини проявляється песимістичним або неадекватним осмисленням складних життєвих обставин, відкидання проблем і підтримування ілюзій; в емоційному – тривожністю, невпевненістю, пригніченістю, втомою; в мотиваційному – в низькому рівні домагань і мотивації досягнень й має ознаки сімейної дисфункціональності. Водночас, відповідно до концепції особистісної безпорадності, дослідниками виділяється протилежний за своєю психологічною суттю феномен, умовно названий «активність», як конструктивна якість індивідуального «Я», що характеризує оптимістичне ставлення людини до світу (оптимістичний стиль), відсутність пригнічених емоційних станів і готовність долати будь-які перешкоди, незважаючи на невдачі, які повторюються. Ці прояви є характеристиками функціональної сім'ї.

Отже, результати теоретичного вивчення копінг стратегій батьків часто хворіючої дитини дали змогу дійти висновку, що у батьків у випадку виникнення стану безпорадності спостерігаються виражені негативні емоційні прояви, сукупність яких у поєднанні з песимістичним настроєм, невротичними реакціями і певними негативними поведінковими особливостями складає симптомокомплекс характеристик безпорадності як особистісного утворення, яке впливає на їх копінг стратегії й потребує детального вивчення з метою розробки корекційних методів щодо профілактики та подолання особистісної безпорадності, вироблення ефективних копінг-стратегій.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПІЛКУВАННЯ БАТЬКІВ З ХВОРОЮ ДИТИНОЮ

2.1. Дослідження копінг-стратегій батьків хворої дитини

Дослідження проводилось на базі КНП «ЦПМСД-2» Дарницького району м. Києва. У дослідженні взяли участь батьки хворих дітей – 40 осіб, з них 28 –матері, 12 – батьки.

Дослідження доцільно проводити в 2 етапи:

1. Визначення особливостей копінг-стратегій батьків часто хворіючої дитини з подолання психологічного стресу; стратегій подолання стресу.

2. Дослідження особливостей рівня вираженості особистісної безпорадності батьків часто хворіючої дитини, здійснити порівняльного аналізу показників когнітивних, мотиваційних та емоційних характеристик у батьків з високим рівнем безпорадності та з високим рівнем активності. Виявити особливості зв’язку сформованої особистісної безпорадності з копінг-стратегіями батьків.

Для комплексного аналізу виділених показників було підібрано систему психодіагностичних методик які розглядаються нами як такі, що цілком відповідають визначеним емпіричним завданням.

До діагностичного комплексу ввійшли: методика діагностики індексу життєвого стилю (R. Plutchik, H. Kelierman, H.R. Conte), опитувальник «Копінг-стратегії» (R. Lazarus, S. Folkman), тест «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана та Д. Рікса, методику вивчення самооцінки А. Прихожан «Визначення самооцінки та рівня домагань» та методи математичної статистики (статистична обробка проводилася за допомогою MS Excel v.8.0.3., для визначення достовірності різниці між досліджуваними вибірками було застосовано параметричний t-критерій Стьюдента.

Чинниками, які впливають на психічний стан батьків хворої дитини, є тривалість захворювання дитини, частота загострень, тяжкість симптоматики, вираженість проявів хвороби, наявність інтенсивного болю. Однак поряд з об'єктивними, обумовленими хворобою, характеристиками, важливе значення мають внутрішньопсихічні властивості батьків, особливості суб'єктивного сприйняття батьками хвороби дитини, , поведінка та способи подолання ними стресової ситуації, пов'язаною з хворобою дитини. Поведінкові патерни батьків, дитини, яка страждають на соматичні захворювання, важливі насамперед у сенсі лікування дитини.

Мета дослідження першого етапу: вивчити особливості копінг поведінки батьків хворих дітей в аспекті визначення мішеней соціально-психологічного впливу на їх психологічну та психосоціальну адаптацію.

Пристосувальна поведінка відображає спосіб або стиль функціонування батьків у соціальній дійсності. Дане функціонування забезпечують інтрапсихічні механізми копінгу та психологічного захисту [35, 38]. Копінг, відповідно, відображає адаптаційні психологічні механізми, а психологічний захист – компенсаторні механізми.

Окрім копінгу і психологічного захисту, ми також вивчили внутрішню картину хвороби (відповідно завданням дослідження: внутрішню картини хвороби дитини), як особистісний ресурс, який або сприяє або перешкоджає формуванню продуктивних копінгів або форм психологічного захисту.

У структурі психічної адаптації містяться дві основоположні складові:

1) копінг,

2) психологічний захист.

На першому етапі дослідження ми використовували такі методики:

1) для визначення копінг-механізмів: опитувальник «Копінг-стратегії» (R.S. Lazarus, S. Folkman);

2) для визначення частоти використання і вираженості механізмів психологічного захисту: діагностика індексу життєвого стилю (ІЖС) / Life Style Index (R. Plutchik, H. Kelierman, H.R. Conte) [25].

«Опитувальник копінг-стратегій» (R. Lazarus, S. Folkman) призначений для визначення копінг-стратегій, методів подолання стресу [25].

Опитувальник містить вісім шкал:

1. Конфронтація – агресивні дії щодо зміни ситуації. Передбачає певну ступінь ворожості та готовності до ризику.
2. Дистанціювання – когнітивні зусилля на відстороненість від ситуації та зменшення її значущості.
3. Самоконтроль – зусилля з регулювання своїх почуттів та дій.
4. Пошук соціальної підтримки - зусилля в пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки.
5. Прийняття відповідальності – визнання своєї ролі в проблемі з супутньою темою її вирішення.
6. Втеча-уникнення – уявне прагнення та поведінкові зусилля, спрямовані на втечу або уникнення проблем, на відміну від дистанціювання від неї.
7. Планування вирішення проблем – довільні, проблемно-сфокусовані зусилля, щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблем.
8. Позитивна переоцінка – зусилля, по створенню позитивного значення фокусуванням на зростанні власної особистості.

Опитувальник містить 51 твердження, в яких треба вказати яким чином досліджуваний найчастіше вирішує складні для себе ситуації, та оцінює кожен з варіантів поведінки. Підраховується загальний бал за кожною шкалою (сума відповідей): «ніколи» – 0 балів; «іноді» – 1 бал; «рідко» – 2 бали; «часто» – 3 бали.

Потім аналізується профіль копінг-стратегій за всіма шкалами. Позитивним вважається переважання середнього значення за субшкалами: «Самоконтроль», «Планування вирішення завдання», «Дистанціювання», «Конфронтація», «Прийняття відповідальності», над показниками таких

шкал, як «Втеча-уникнення», «Позитивна переоцінка» та «Пошук соціальної підтримки».

Аналіз та систематизація отриманих результатів дозволили більш глибоко зрозуміти та охарактеризувати особливості поведінки батьків, спрямованої на протидію стресу (хвороба дитини).

Копінг-стратегії, які ми визначили у батьків дитини, що хворіє, в більшості своїй виявилися нижчі за показники норми (за даними авторів методики), що є чинниками розвитку психічної дезадаптації. Напруженість різних варіантів копінгу мала гендерні відмінності, важливі для розуміння специфіки психічного відреагування матерів та татусів дитини (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Поділ копінг-стратегій у батьків хворої дитини

Вид копінг-стратегій	**Середній бал**	
	Матері (n =22)	**Батьки (n =12)**
Конфронтація	**42**	**43**
Дистанціювання	**54**	**52**
Самоконтроль	**46**	**49**
Пошук соціальної підтримки	**35**	**39**
Прийняття відповідальності	**46**	**42**
Втеча-уникнення	**43**	**41**
Планування	**38**	**44**
Позитивна переоцінка	**35**	**37**

Аналіз середніх балів показав, що провідними копінг-стратегіями визначено:

1. «дистанціювання» (неконструктивна копінг-стратегія), при чому рівень показників у матерів вищий за показники татусів;

2. «прийняття відповідальності» (відносно конструктивна копінг-стратегія), вища у матерів;

3. «самоконтроль» (конструктивна копінг-стратегія). рівень показників у татусів вищий;

4. «втеча – уникнення» (неконструктивна копінг-стратегія), вища у матерів.

Рівні «планування вирішення проблеми» (конструктивна копінг-стратегія) та «пошук соціальної підтримки» (конструктивна копінг-стратегія) виявилися нижчими. Найменший рівень прояву спостерігався щодо застосування позитивної переоцінки.

Узагальнений профіль копінгу у матерів хворої дитини характеризується вираженою тенденцією до дистанціювання та середнім рівнем власної відповідальності. Для татів хворої дитини притаманними амбівалентні тенденції – тенденція до дистанціювання від ситуації, але більш високий рівень планування шляхів виходу зі складного становища при зниженому рівні власної відповідальності за події. Таким чином, у більшості досліджуваних батьків (як у матерів так і у татусів) виявлена дисгармонія механізмів подолання проблем, пов’язаних із хворобою дитини.

Отже, можна зробити висновки: батьки хворої дитини схильні застосовувати умовно-адаптивні та неадаптивні форми копінгу. Специфіка відреагування на стресову подію хвороби дитини також залежить від статі та характеризується різними профілями антистресової активності у матерів та татусів. Встановлені особливості вказують на необхідність врахування особливостей поведінкових патернів у розробці моделі соціально-психологічної допомоги батькам хворої дитини та диференціювання психологічних впливів залежно профілю стрес-долаючої поведінки.

Оцінка несвідомих механізмів психологічного захисту за допомогою опитувальника ІЖС показала, що середні показники всіх механізмів психологічного захисту (МПЗ) обстежених батьків перевищують норму. Порівнюючи середні бали між групами матерів та татусів, виявлено, що рівні показників заперечення, проекції, заміщення і реактивного утворення

вищі у матерів, ніж у татусів, і рівень інтелектуалізації матерів нижчий за рівень татусів (див. табл. 3. 2).

Таким чином, у матерів хворіючої дитини, було виявлено схильність до використання МПЗ, а не копінг-стратегій, підвищений загальний рівень МПЗ і переважання у їх структурі «заперечення» (адаптивний МПЗ), «проекції» і «реактивного утворення» (дезадаптивні МПЗ). Провідними копінг-стратегіями виявлені «дистанціювання» (неконструктивна копінг-стратегія), «прийняття відповідальності» (відносно конструктивна), нижчі показники стратегій «самоконтроль» (конструктивна) і «тікання – уникнення» (неконструктивна).

Таблиця 2.2

Вираження різних механізмів психологічного захисту в у батьків хворої дитини (середній бал)

Вид механізмів психологічного захисту (МПЗ)	**Середній бал**	
	Матері (n =28)	**Батьки (n =12)**
Заперечення	**68**	**63**
Витіснення	**50**	**52**
Регресія	**54**	**52**
Компенсація	**51**	**51**
Проєкція	**65**	**62**
Заміщення	**55**	**52**
Інтелектуалізація	**55**	**59**
Реактивне утворення	**57**	**55**

Отже, були визначені маркери психічної дезадаптації, що тісно пов’язані з особливостями стилю захисної і стресдолаючої поведінки – підвищеним загальним рівнем напруження МПЗ (переважання дезадаптивних МПЗ і неконструктивних копінг-стратегій у батьків хворої дитини). Використання дезадаптивних копінг-стратегій в умовах дефіциту

адаптаційної енергії не сприяє успішному вирішенню проблем і призводить до посилення напруги відповідних механізмів психологічного захисту.

Щодо виявлених особливостей копінгу у батьків (як у матерів так і у татусів) та ефективності подолання стресу й несвідомих механізмів психологічного захисту є важливі запитання, які потребують подальшого вивчення: чи можуть неадаптивні копінг-стратегії сприяти утрудненню процесу одужання дитини, а також хроніфікації хвороби дитини за рахунок неконструктивного переживання, реагування та накопичення психічних та поведінкових особливостей батьків є важливим аспектом в вирішенні проблеми здоров’я дитини та має значення для її ефективного лікування.

2.2. Вивчення особистісної безпорадності та її зв'язку з неефективністю стилю виховання у батьків хворої дитини

На другому етапі нами було досліджено рівень вираженості особистісної безпорадності батьків хворої дитини, здійснено порівняльний аналіз показників когнітивних, мотиваційних та емоційних характеристик у батьків з високим рівнем безпорадності та з високим рівнем активності. Виявити особливості зв'язку сформованої особистісної безпорадності з копінг-стратегіями батьків.

Результати представлено у співавторстві з науковим керівником у статті «Окремі аспекти емпіричного дослідження навченої безпорадності батьків часто хворіючої дитини», прийнято до друку у періодичне наукове видання, що включені до переліку фахових видань України В*чені записки Університету «КРОК».*

Для дослідження рівня сформованості особистісної безпорадності батьків хворих дітей було використано методику «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана та Д. Рікса та методику вивчення самооцінки А.Прихожан «Визначення самооцінки та рівня домагань» (Додаток А)[28].

Використовуючи методику «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана та Д. Рікса, ми досліджували актуальні емоційні стани батьків за чотирма шкалами тверджень: «спокій – тривога», «енергійність –втома», «піднесеність – пригніченість», «впевненість в собі – безпорадність» і загальним рівнем самооцінки.

Важливим аспектом оцінки сформованості особистісної безпорадності є врахування переважаючих емоційних станів серед досліджуваних. Для цього застосовувалась десятибальна шкала для оцінки таких емоційних станів, як підвищена тривожність, пригніченість, втома, невпевненість в собі, депресивні прояви та інші. результати цього аналізу надають змогу отримати об'єктивний показник рівня особистісної безпорадності серед обраної групи досліджуваних. Досліджуваним пропонувалися чотири блоки тверджень: «спокій – тривога», «енергійність – втома», «піднесеність – пригніченість»,

«впевненість в собі – безпорадність». З кожного блоку потрібно було вибрати те твердження, котре найкраще відповідає стану досліджуваного. Показник П1-С (самооцінка) «спокій – тривога» (індивідуальна самооцінка емоційного стану дорівнює номеру твердження, яке обрав досліджуваний з даного блоку). Аналогічно отримуються індивідуальні значення за ознаками П2-С «енергійність – втома», П3-С «піднесеність – пригніченість», П4-С «впевненість в собі – безпорадність»). П5-С – сумарна оцінка стану (П5=П1+П2+П3+П4) [28].

Отримані результати за шкалами «спокій – тривога» і «енергійність – втома» надають інформацію про емоційний стан та енергійні ресурси батьків.

Отримані результати за шкалами «піднесеність – пригніченість» та «впевненість в собі – безпорадність» відображають різноманітні емоційні та психологічні стани батьків.

результати дослідження емоційного стану та фізичної енергії батьків вказують на різноманітні відчуття та стани. За шкалою «Спокій – Тривога»: 10% батьків відзначають тривогу, страх та невпевненість; 30% відчувають свій стан як спокійний та виражають впевненість в собі; 60% оцінюють свій емоційний стан адекватно та менше тривожаться. За шкалою «Енергійність – Втома»: 60% почуваються свіжими та бадьорими; 10% батьків володіють великою енергією та прагненням до дій; 30% характеризують себе як втомлених та млявих.

Щодо шкали «піднесеність – пригніченість», 60% батьків оцінюють свій стан як досить добрий та життєрадісний, що може вказувати на позитивне емоційне самопочуття і задоволеність життям. У той час як 20% опитуваних перебувають у збудженому, піднесеному стані, а інші 20% відзначають пригніченість і сумніви, що може свідчити про наявність емоційних труднощів та може потребувати уваги та підтримки.

Щодо шкали «впевненість в собі – безпорадність», важливо відзначити, що більшість батьків (70%) вважають себе досить компетентними та мають позитивні перспективи майбутнього. Однак 15% виявляють ознаки

безпорадності, некомпетентності. Це може бути пов'язано з внутрішніми конфліктами, стресами чи іншими факторами, які впливають на самопочуття і впевненість батьків у своїх здатностях.

За результатами аналізу, більшість батьків (60%) демонструють адекватну самооцінку, що свідчить про реалістичне ставлення до власних можливостей та обмежень в контексті батьківства і виховання дітей. У таких випадках батьки, швидше за все, можуть бути здатні раціонально оцінювати власні дії та приймати конструктивні рішення в питаннях виховання.

У 20% батьків спостерігається неадекватно завищена самооцінка. Це може бути пов'язано з бажанням створити ідеалізований образ власного батьківства і виховання, можливо, для компенсації внутрішніх невпевненостей чи переживань. Важливо враховувати цю динаміку при обговоренні питань виховання та забезпечення розвитку дітей.

У інших 20% виявлена неадекватно низька самооцінка, супроводжується підвищеним рівнем тривожності, невпевненості, пригніченості та безпорадності. Ці емоційні прояви можуть вказувати на внутрішні конфлікти та труднощі у відчутті власної ефективності як батьків. Обговорення цих аспектів може виявитися корисним при плануванні підтримки та розвитку сімейного середовища.

Методика вивчення самооцінки А. Прихожан «Визначення самооцінки та рівня домагань» [28].

За результатами тестування виявлено, що більшість учасників має високий (60%) і навіть неадекватно високий (40%) рівень самооцінки. Це свідчить про те, що вони утримують завищений образ самого себе, ідеалізують свої можливості та цінність для оточуючих. Це може призводити до неправильного уявлення про себе, ідеалізації власної особистості та знецінення будь-яких невдач чи критики.

Важливо враховувати, що завищена самооцінка може спотворювати сприйняття реальності, зробити ставлення до неї емоційно викривленим. Особа з такою самооцінкою може уникати визнання власних помилок чи

обставин, які можуть впливати на її успіх. Це може викликати емоційний стрес та ускладнити конструктивне сприйняття власного життя та виховання дітей.

Такий стан може бути пов’язаний з компенсацією внутрішніх конфліктів або прагненням уникнути неприємних почуттів, пов’язаних із власною невпевненістю чи неуспіхами. Важливо враховувати цей аспект при подальших обговореннях та розгляді питань виховання дітей в контексті сімейного середовища.

На завершення першого діагностичного етапу було визначено три психологічних типи батьків із різними варіантами поєднання особистісної безпорадності та рівнем самостійності. Ці типи отримали назви: «безпорадні» (25%), «самостійні» (20%) і «змішана група» (55%). Кожен з цих типів відображає особливості ставлення батьків до виховання своєї хворої дитини та може вказувати на психологічні особливості взаємодії в сімейному контексті.

На дргоуму етапі дослідження здійснювалась діагностика стилів батьківського ставлення та сімейного виховання та проведено аналіз впливу особистісної безпорадності на ступінь прийняття дитини й стилю виховання. Визначення ставлення батьків до своєї дитини передбачає аналіз різноманітних аспектів, таких як система почуттів до дитини, формування поведінкових стереотипів у взаємодії з нею, особливості сприйняття та розуміння характеру і особистості дитини, а також її вчинків.

З цією метою нами було використано «Тест-опитувальник батьківського ставлення» розроблений А. Варгою і В. Століним [29]. Опитувальник містить 61 твердження, котрі утворюють 5 шкал та відповідно 5 типів батьківського ставлення: «прийняття – відторгнення», «кооперація», «симбіоз», «авторитарна гіперсоціалізація», «маленька невдаха». Бланк методики подано у додатку Б.

Я. Рембовський визначає батьківське ставлення як особливий адаптаційний механізм матері та батька до потреб та виховних викликів, що

виникають при виконанні батьківської ролі [30]. А. Варга та В. Столін розглядають батьківське ставлення як систему емоцій, що виникають у відношенні до дитини, поведінкових стереотипів, що використовуються у взаємодії з нею, а також особливостей сприйняття та розуміння характеру і особистості дитини та її вчинків [30]. В цьому ставленні виявляються емоції, думки та конкретні дії, які батьки виражають у відношенні до своєї дитини. Ці аспекти формують конкретний стиль виховання та визначають батьківську позицію щодо дитини

Так, за показниками методики діагностики батьківського ставлення А. Варга та В. Століна отримані такі результати:

1). середні значення за шкалою «Прийняття/Заперечення» складають 13,3 балів, що відповідає середній оцінці та вказує на неоднозначне ставлення до дитини. Є можливість виникнення змінливого відношення випробовуваних до дитини – від прийняття до певного рівня відкидання. Також можливе існування нестійких почуттів та, до певного роду, невдоволення батьків якістю виконання своєї батьківської ролі;

2) за шкалою «Кооперація» отримані середні значення – 6,9 балів, що свідчить про щиру цікавість дорослого до того, що цікавить дитину. Дорослий високо оцінює здібності дитини, підтримує самостійність та ініціативу, старається бути з нею на рівних. Батьки виявляють довіру до дитини і стають на її бік у спірних питаннях;

3) за шкалою «Симбіоз» середні оцінки становлять 3,8 балів, вказуючи на те, що батьки, з одного боку, не прагнуть до симбіотичних відносин з дитиною і не встановлюють психологічної близькості між нею і собою. З іншого боку, вони намагаються утримувати значну психологічну дистанцію між собою і дитиною;

4) за шкалою «Контроль» отримані середні оцінки – 4,6 балів, що свідчить про адекватний контроль за дитиною з боку батьків;

5) за шкалою «Ставлення до невдач дитини» середні оцінки складають 2,4 бали, що може свідчити про те, що дорослий вважає невдачі дитини випадковими та вірить у її здатність перебороти труднощі.

Під час обробки отриманої інформації виявлено пряму залежність між стилем сімейного виховання та рівнем навченої безпорадності батьків. Визначено три психологічні типи з різними варіантами поєднання зазначених показників, які отримали назви: 1) «безпорадні» (25%), 2) «самостійні» (20%) і 3) «змішана група» (55%). Для батьків усіх груп характерне переважання загального емоційно позитивного ставлення до дітей, оскільки за шкалою «прийняття-заперечення» більшість опитуваних отримала показники середнього рівня.

Результати аналізу першої групи батьків «безпорадні» (25%) вказують на те, що в ході клінічної бесіди вони відчувають злість, властиве почуття безсилля і провини, впадають в депресію. Їм важко змиритися з цим фактом, тому вони використовують різні захисні механізми. Один з способів захисту – пошук винних та звинувачення інших, зокрема лікарів. Інший - деформація образу реальності щодо своїх бажань.

Щодо характеристики 2 та 3 груп батьків («самостійні» 20%) і «змішана група» 55%. Значна частина досліджуваних з цих груп проявляє зацікавленість у справах дитини і заохочує її самостійність та ініціативу, що вказує на переважання високих показників за шкалою «Кооперація». Для них не є характерним встановлення психологічної дистанції між ними та дітьми; намагаються задовольняти основні адекватні потреби дитини та оберігати від неприємностей.

Також встановлено середній рівень контролю над дитиною, що свідчить про переважання середніх показників за шкалою «Контроль». Вони не схильні до інфантилізації та приписування особистісної і соціальної неспроможності дитині, що підтверджується переважанням високих та середніх показників за шкалою «Ставлення до невдач дитини».

Більш детальний аналіз результатів стилю виховання у батьків дітей з першої групи, «безпорадні», виявив, що у цієї групи переважає симбіотичний підхід до виховання з виразністю категорії на рівні 60%. Це свідчить про те, що батьки постійно відчувають тривогу за свою дитину та розглядають її як беззахисну. Батьки, які обирають симбіотичний стиль виховання, часто відчувають себе єдиним цілим із своєю дитиною, намагаючись оберігати її від труднощів та неприємностей життя. Однак це може призвести до того, що дитина стає безпорадною, оскільки не розвиває навичок самостійного рішення проблем.

Другий тип ставлення, який займає 45% у дослідженні, є «авторитарна гіперсоціалізація». Це ставлення характеризується авторитарним контролем над поведінкою дитини, де вимагається слухняність і дисципліна. Батьки цього типу нав'язують свою волю, не приділяючи уваги поглядам та бажанням дитини. Хоча деякі батьки можуть вкладати титанічні зусилля в створення сприятливих умов для розвитку своєї дитини, але часто відсутність простих знань і умінь може заважати їм знаходити ефективні методи виховання.

Гіперопіка, яка допускається в такому ставленні, може завдати шкоди дитині, створюючи надмірно захисне середовище. Це може впливати на загальний психічний розвиток дитини, затримуючи формування навичок самообслуговування та обмежуючи можливості діяти та пізнавати навколишній світ.

Третій тип ставлення, який займає 40% в дослідженні, є «відкиданням». Це підтверджує висновки про неприйняття, невіру в можливості дитини до життєвого успіху та реалізації. Батьки, які утримуються від дитини, можуть виражати злість та досаду, а також проявляти неповагу до неї. може призвести до виникнення у дитини почуття непотрібності, відторгнутості та самотності.

Важливо відзначити, що обидві моделі сімейного виховання можуть шкодити дитині в різний спосіб. Ігнорування проблеми здоров’я або

виховання, що базується на невиправданому, можуть спричинити глибоку психологічну травму. У випадках, коли батьки ставлять перед дитиною непосильні вимоги, це може призвести до фізичного та морального перенапруження для дитини, а також викликати почуття невдоволеності у батьків, оскільки їхні сподівання не виправдовуються.

Позиція «інфантилізації» виявляється дуже виразною з показниками на рівні 35%. Це свідчить про виражений погляд на дитину як на інфантильну істоту, якій приписують особистісну та соціальну неспроможність. У зв’язку з цим батьки намагаються захистити дитину від усіх труднощів, встановлюючи симбіотичні відносини, а також суворо контролюють її за допомогою авторитарної гіперсоціалізації. Модель «охоронного виховання» пов'язана з переоцінкою проблеми, що виражається у надмірній опіці дитини.

Позиція стосовно соціальної бажаності виявляє найнижчу виразність з показниками на рівні 20%. Ця позиція передбачає заохочення дитини, довіру та зацікавленість у планах і справах дитини, що свідчить про повне прийняття її батьками.

Узагальнений психологічний портрет батьків хворої дитини, представників умовної 1 групи, характеризується вираженою стурбованістю, високим рівнем тривожності, слабкістю, соціальною боязкістю та підозрілістю. Ці риси можуть бути пов’язані з особливими труднощами, які виникають при вихованні хворої дитини, і відображають психологічний стрес та турботу, яку вони переживають.

За результатами дослідження можна визначити основні мішені соціально-психологічного впливу (інтра- та інтерпсихічні) та методів психокорекції. Також отримані дані змушують звернутися до холістичного підходу, спрямованого на активізацію адаптивних, а не на редукцію дезадаптивних сил. Згідно з положеннями даного підходу, зусилля у роботі із батьками хворої дитини мають бути направлені перш за все на стимуляцію власних психологічних ресурсів й адаптивних стилів реагування на хворобу дитини.

Висновки до розділу 2:

В другому розділі, який складав експериментальний етап дослідження було виконано ряд завдань:

1) виділено основні напрями вивчення копінг-стратегій батьків часто хворіючої дитини за основними діагностичними критеріями;

2) виявлено рівень вираженості копінг-стратегій та особистісної безпорадності батьків хворої дитини;

3) здійснено порівняльний аналіз показників когнітивних, мотиваційних та емоційних характеристик у батьків з високим рівнем безпорадності та з високим рівнем активності;

4) виявлено особливості зв'язку копінг-стратегій та сформованої особистісної безпорадності зі стилем батьківського ставлення та сімейного виховання.

Для комплексного вирішення даних завдань було визначено систему психодіагностичних методик які розглядаються нами як такі, що цілком відповідають визначеним емпіричним завданням.

Аналіз та систематизація отриманих результатів дозволили більш глибоко зрозуміти та охарактеризувати особливості поведінки батьків, спрямованої на протидію стресу (хвороба дитини). Копінг-стратегії, які ми визначили у батьків дитини, що хворіє, в більшості своїй виявилися нижчі за показники норми (за даними авторів методики), що є чинниками розвитку психічної дезадаптації. Напруженість різних варіантів копінгу мала гендерні відмінності, важливі для розуміння специфіки психічного відреагування матерів та татусів дитини.

Узагальнений профіль копінгу у матерів хворої дитини характеризується вираженою тенденцією до дистанціювання та середнім рівнем власної відповідальності. Для татусів хворої дитини притаманними амбівалентні тенденції – тенденція до дистанціювання від ситуації, але більш високий рівень планування шляхів виходу зі складного становища при зниженому рівні власної відповідальності за події. Таким чином, у більшості

досліджуваних батьків (як у матерів так і у татусів) виявлена дисгармонія механізмів подолання проблем, пов'язаних із хворобою дитини.

Нами були визначені маркери психічної дезадаптації, що тісно пов'язані з особливостями стилю захисної і стресдолаючої поведінки – підвищеним загальним рівнем напруження МПЗ (переважання дезадаптивних МПЗ і неконструктивних копінг-стратегій у батьків хворої дитини). Використання дезадаптивних копінг-стратегій в умовах дефіциту адаптаційної енергії не сприяє успішному вирішенню проблем і призводить до посилення напруги відповідних механізмів психологічного захисту.

На другому етапі ми здійснювали емпіричну перевірку гіпотези про зв'язок сформованої особистісної безпорадності з неефективністю копінг-стратегій батьків часто хворіючої дитини.

Нами було досліджено актуальні емоційні стани батьків за чотирма шкалами тверджень: «спокій – тривога», «енергійність – втома», «піднесеність – пригніченість», «впевненість в собі – безпорадність».

Надалі було виділено із загальної кількості досліджуваних груп батьків із високим рівнем особистісної безпорадності, з високим рівнем самостійності та батьків із середніми показниками. Тобто виділили три психологічних типи з різними варіантами поєднання зазначених показників. Ці типи отримали назви «безпорадні», «самостійні» і «змішана група».

В результаті аналізу визначено 25% першої групи батьків «безпорадні», які використовують різні захисні механізми. Один з способів захисту – пошук винних та звинувачення інших, зокрема лікарів, інший – деформація образу реальності щодо своїх бажань.

Щодо виявлених особливостей копінгу у батьків (як у татусів так і у матерів) та ефективності подолання стресу й несвідомих механізмів психологічного захисту є важливі запитання, які потребують подальшого вивчення: чи можуть неадаптивні копінг-стратегії сприяти утрудненню процесу одужання дитини, а також хроніфікації хвороби дитини за рахунок неконструктивного переживання, реагування та накопичення психічного

поведінкових особливостей батьків є важливим аспектом в вирішенні проблеми здоров'я дитини та має значення для її ефективного лікування.

Узагальнений психологічний портрет батьків хворої дитини, представників умовної 1 групи, характеризується вираженою стурбованістю, високим рівнем тривожності, слабкістю, соціальною боязкістю та підозрілістю. Ці риси можуть бути пов'язані з особливими труднощами, які виникають при вихованні хворої дитини, і відображають психологічний стрес та турботу, яку вони переживають.

Під час обробки отриманої інформації виявлено пряму залежність між стилем сімейного виховання та рівнем навченої безпорадності батьків. Визначено три психологічні типи з різними варіантами поєднання зазначених показників, які отримали назви: 1) «безпорадні» (25%), 2) «самостійні» (20%) і 3) «змішана група» (55%). Для батьків усіх груп характерне переважання загального емоційно позитивного ставлення до дітей, оскільки за шкалою «прийняття-заперечення» більшість опитуваних отримала показники середнього рівня.

За результатами дослідження нами було визначено основні мішені соціально-психологічного впливу (інтра- та інтерпсихічні) та методи психокорекції та визначено холістичний підхід, спрямований на активізацію адаптивних, а не на редукцію дезадаптивних сил. Згідно з положеннями даного підходу, зусилля у роботі із батьками хворої дитини мають бути направлені перш за все на стимуляцію власних психологічних ресурсів й адаптивних стилів реагування на хворобу дитини.

РОЗДІЛ 3
КОМПЛЕКСНА ДОПОМОГА БАТЬКАМ В СПІЛКУВАННІ З ХВОРОЮ ДИТИНОЮ

3.1. Методичні рекомендації щодо комплексної психологічної-допомоги батькам часто хворіючої дитини у формування ефективних копінг-стратегій

Результати нашого теоретичного дослідження свідчать, що для подолання проявів навченої безпорадності у батьків часто хворіючої дитини важливого значення набуває сприйняття сім'ї як цілісної системи, яка потребує спрямування психологічної роботи на підвищення рівня адаптації батьків до життєвих умов, пошуку особистісних ресурсів та вироблення активної позиції.

На сучасному етапі важливого значення набуває сприйняття сім'ї як цілісності, що потребує спрямування соціально-психологічні роботи не тільки на лікування дитини, але й на підвищення рівня адаптації батьків до життєвих умов, пов'язаних з вихованням часто хворіючої дитини.

Проблема виховання і розвитку часто хворіючої дитини стає складною для сім'ї, батьки потрапляють в психологічно непросту ситуацію: вони відчувають біль, горе, відчуття провини, часто впадають у відчай. Узагальнений психологічний портрет батьків часто хворіючої дитини характеризується вираженою стурбованістю, високим рівнем тривожності, слабкістю, соціальною боязкістю, підозрілістю.

Таким сім'ям необхідна комплексна психологічна допомога. До роботи з сім'єю слід підходити з гуманістичних позицій, орієнтувати батьків на випереджаючу підготовку дитини до життя, виробляти уміння мислити категоріями майбутнього, формувати позитивні перспективи її розвитку. Таким чином, систематична допомога сім'ям, які виховують часто хворіючих дітей є важливою і необхідною. Запровадження комплексного підходу в наданні психологічної допомоги сім'ям дозволяє через оптимізацію

внутрішньосімейної атмосфери, гармонізацію міжособистісних, подружніх, батьківсько-дитячих стосунків вирішувати проблеми. Батькам необхідно надавати практичні поради щодо догляду за дітьми, пояснення та рекомендації щодо вирішення повсякденних проблем, пов'язаних з вихованням, знайомити з досвідом інших батьків.

Таким чином, провідними напрямами психологічної допомоги сім'ям, які виховують часто хворіючу дитину є діагностичний, консультативний, корекційний, реабілітаційний, прогностичний, мультидисциплінарний. Систематична та комплексна робота психолога з сім'єю сприяє формуванню позитивної виховної моделі «співробітництво». Корекція світовідчуття і гармонізація самосвідомості спроможні зумовити якісні зміни ставлення батьків до дитини і сприйняття проблем. Завдяки цьому у батьків формується установка на безумовне прийняття дитини, на значимість того, що вона є. Отже, мета діяльності фахівців, зокрема психологів, які допомагають сім'ям часто хворіючих дітей полягає в тому, щоб батьки усвідомили, що вони не самотні у своїх труднощах, поруч є достатньо кваліфіковані спеціалісти, які готові в будь-яку хвилину прийти на допомогу. Психологічна допомога батькам має полягати у руйнуванні стереотипів.

Основними формами групової роботи з батьками в цьому напрямку можна виділити: проведення семінарів, консультацій, лекцій, зборів, тренінгів. Одночасно взаємодія може організовуватись і в індивідуальній формі (індивідуальні бесіди та індивідуальне консультування).

Щодо консультативно-корекційної допомоги батькам у розв'язанні вказаних проблем в ході теоретичного вивчення проблеми, нами проаналізовано та визначено доцільність наступних напрямків роботи: соціально-психологічні тренінги, які спрямовані на поглиблення досвіду аналізу проблемних ситуацій, з використанням методів розрядки негативних емоцій, методів психотерапії творчого самовираження для укріплення віри в себе, оптимізації комунікативних установок і можливостей особистісного росту.

Важливо також на спеціальних соціально-психологічних тренінгах проводити навчання батьків сприймати дитину такою, якою вона є; підтримувати і заохочувати її; надавати дитині можливість самостійного вибору; не вимагати від неї того, чого вона не здатна зробити.

Дієвими можуть бути методи психотерапії дійсністю (головна мета – концентрація не на відчуттях, а на поведінці, де відбувається аналіз конкретних кроків у конкретних ситуаціях). З-поміж методів психолого-педагогічної корекції – методи організації діяльності, спрямовані на формування позитивного досвіду соціальних відносин; методи стимулювання поведінки (зокрема, до більш турботливого ставлення до своєї дитини); методи розвитку об'єктивних оцінок, суджень.

Далі ми надаємо теоретичні роздуми щодо програми роботи з батьками щодо подолання безпорадності. Система психологічної допомоги цій категорії сімей повинна бути спрямована на розвиток особистісних ресурсів й ініціативи батьків, перетворення батьків в активних суб'єктів діяльності.

Ключовими функціями практичних психологів в умовах психологічного втручання в роботі з батьками є, перш за все, організація мотиваційного процесу, спонукання їх до активності, прагнення до досягнення змін, набуття нового досвіду.

Перший крок до ефективного результату роботи, це поява на рівні емоцій у батьків відчуття впевненості у своїх силах, поява енергії, певне піднесення, натхнення.

На когнітивному рівні, має відбутися переоцінка можливостей, сформуватися позитивне, конвергентне мислення, розкритися потенціал, проявитися аналітичні здібності тощо.

Поведінкова сфера особистості батьків має характеризуватися активністю, прагненням реалізації планів і конкретними діями, налагодженням взаємодії з іншими, побудовою нових стосунків, пошуком однодумців тощо.

Також важливим завданням є формування мотивації. Не можна ззовні формувати мотиви особистості, можна лише сприяти цьому процесу, актуалізувати, а, іноді, і формувати відповідну сукупність спонукальних чинників, що виступатимуть мотиваторами до змін.

Завдання психолога – допомогти визначитися батькам в оцінці задоволення чи незадоволення життєвими обставинами, що склалися, сприяти у формулюванні та конкретизації бажаного майбутнього, підтримувати спроби його моделювання, організації, впорядкування та планування. Основними формами організації мотивуючого процесу в наснаженні батьків, на нашу думку, мають бути: порада у вигляді представленої на розгляд батьків пропозиції щодо вирішення проблеми; переконання, що базується на роз'ясненні сутності явищ та процесів, причинно-наслідкових зв'язків, аргументації, наслідування взірцям, прагнення досягти привабливого для суб'єкта результату, який вже отримали інші за подібних обставин (прикладом може бути навчання за принципом «рівний-рівному»).

Отже, ось деякі методичні рекомендації щодо комплексної психологічної підтримки батьків часто хвороючої дитини у формуванні ефективних копінг-стратегій:

1) Групові сесії інформаційної підтримки: організація зустрічей, де батьки можуть обговорювати свій досвід, ділитися інформацією та навчатися від інших батьків, які також переживають подібні ситуації.

2) Тренінги з копінг-стратегій: проведення тренінгів з розвитку психологічної стійкості та копінг-стратегій, де батьки можуть вивчати та вдосконалювати навички управління стресом.

3) Індивідуальні консультації з психологом: надання можливості для особистих консультацій з психологом для кожної родини, щоб обговорити особисті потреби, виявити стресори та розвивати індивідуальні стратегії копінгу.

4) Матеріали та ресурси: надані батькам пам'яток, буклетів, онлайн-ресурсів, які містять інформацію про копінг-стратегії та методи психологічної підтримки.

5) Моніторинг і підтримка: систематичний моніторинг та підтримка з боку фахівців у галузі психології для визначення прогресу та адаптації підходів до індивідуальних потреб.

Неприпустимими формами організації мотивуючого процесу в роботі з батьками є маніпуляція та директивні методи (наказ, примушування, санкції).

Так, підходи, які базуються на маніпуляції або директивних методах (наказ, примушування, санкції) у роботі з батьками, можуть мати негативний вплив на мотивацію та співпрацю. Ось чому:

Порушення довіри: Використання маніпуляції або директивних методів може призвести до порушення довіри між спеціалістом та батьками. Це може створити бар'єри для відкритого спілкування та співпраці.

Зниження мотивації: Накази та примусові методи можуть підірвати мотивацію батьків до співпраці та активної участі в процесі. Люди зазвичай більш схильні до співпраці, коли вони відчувають підтримку та повагу щодо своїх власних рішень.

Створення напруги: Використання санкцій та примусу може призвести до створення напруги та конфліктів у відносинах між спеціалістами та батьками, що негативно впливає на співпрацю.

Психологічний тиск: Директивні методи можуть створювати психологічний тиск на батьків, що може призвести до стресу та відчуття безпорадності.

Замість цього, ефективний підхід в роботі з батьками полягає у врахуванні їхніх потреб, усвідомленні та підтримці їхніх індивідуальних ситуацій. Підтримка, відкрите спілкування, діалог та спільне формування стратегій допомоги дитині можуть бути ефективними способами мотивування батьків до активної участі та співпраці.

В медичних закладах можуть використовуватися три принципи психологічної практики, орієнтованої на сім'ю:

1.Сім'ю необхідно вважати основним одержувачем послуг. Треба враховувати потреби всіх членів родини, які займаються лікуванням дитини і доглядом за нею.

2. Необхідно підтримувати й шанувати рішення, які приймаються родиною. Другий принцип визнає важливість родини і пропонує фахівцям розглядати її членів як найважливіших учасників лікувального процесу – головних людей, котрі відповідають за ухвалення рішень стосовно дитини та піклування про неї.

3. Необхідно надавати широкий спектр послуг, покликаних поліпшити функціонування родини. Необхідно зважати на культурні особливості кожної сім'ї, забезпечувати доступ до послуг (медичних, соціальних, місця для відпочинку тощо).

Одне з найважливіших завдань психологів – допомогти батькам повірити в себе, у власні сили, аби вони могли подолати всі проблеми. До кожної родини слід віднайти індивідуальний підхід, оскільки в кожної є свої потреби, можливості та пріоритети; одні потребують більшої підтримки, другі – меншої. Саме завдяки підтримці батьки отримують необхідний досвід і навички спілкування. Поступово сім'ї набувають певного досвіду, внаслідок чого поліпшуються знання та вміння, підвищується їхня самоповага. Запорукою добрих стосунків між фахівцями і сім'єю є повага, некритичне ставлення (без критики) і співчуття. Коли батьки бачать, що фахівець розуміє їхні переживання, вони охоче йдуть на контакт. Психологи мають позитивно й відверто ставитися до батьків, незалежно від їхніх особистих якостей. Коли психолог не дає оцінок, не критикує, а делікатно, без будь-якого тиску заохочує родини до прийняття власних рішень, імовірність позитивного результату збільшується. Якщо ж психолог не схвалює дії батьків стосовно дитини, це може спричинити відчуженість і опір з їхнього боку.

Психологи мають враховувати сімейні обставини, співчувати родинам і відповідним чином демонструвати це під час спілкування. Спостерігаючи за реакцією батьків, психолог може визначити, чи достатньо ефективно він висловлює своє співчуття. Одні родини повністю задоволені своєю взаємодією з фахівцями, іншим може здаватися, що їхню точку зору не враховують, і це призводить до втрати довіри. Якщо батьки не відчувають довіри до психологів та інших фахівців, їм дуже важко ділитися з ними інформацією і спільно приймати важливі рішення.

Для успішної взаємодії психологів з сім'ями варто врахувати наступні рекомендації:

1) Чітко й послідовно наголошуйте на цінності дитини. Те, як фахівці говорять про дітей під час формального і неформального спілкування, суттєво впливає на розвиток стосунків з сім'ями дітей.

2) Ставите себе на місце батьків. Батьки цінують зусилля працівників, які намагаються зрозуміти стан батьків.

3) Поглиблюйте своє розуміння культурної різноманітності. Значний вплив на культуру справляють приналежність до певного покоління, соціальне становище, освіта, професія, а також інші чинники. Такий підхід до професійного вдосконалення допоможе психологам використовувати своєрідні «культурні лінзи», через призму яких потрібно формулювати належні висновки.

4) Умійте бачити індивідуальність, боріться зі стереотипами.

5) Виявляйте зацікавленість до мети, визначеної батьками для дитини. Першим кроком на шляху до діалогу є необхідність встановити особисті контакти з батьками. Деякі психологи володіють прекрасними вміннями скорочувати психологічну відстань між батьками і фахівцями. Ці фахівці можуть створити атмосферу, в якій батьки не почуваються ніяково, вони досягають цього за допомогою використання відповідного стилю спілкування. Однак, іноді у відносинах спостерігаються прояви, які батьки називають «синдромом експерта».

6) Домовтеся з батьками, в який спосіб вони хочуть обмінюватися з вами інформацією. Для успішної співпраці потрібна безперервна й ефективна взаємодія. Необхідно поцікавитися у батьків, як вони хотіли б підтримувати зв'язок, як часто, яким чином (беручи участь у різних зустрічах, телефоном, за допомогою письмових повідомлень). Крім того, згодом уявлення батьків щодо контактів з психологом можуть змінюватися з урахуванням різних чинників, пов'язаних зі змінами в житті сім'ї.

7) Використовуйте мову, якою спілкуються в повсякденному житті. Батьки часто почуваються вилученими з процесу планування, якщо фахівці використовують спеціальні терміни під час обговорення результатів тестування, розкладу і визначення необхідних послуг.

8) Ведіть пошук ефективних форм планування і вирішення проблем. Порівняно з офіційними зборами, батьки почуваються набагато комфортніше, обговорюючи проблеми в обстановці, де всі цінують успіхи, дружбу, цікаві історії.

9) Розробляйте довгострокові плани роботи.

10) Доцільно розробити певні загальні рекомендації щодо спілкування з дітьми, які допоможуть батькам почуватися впевненіше, а також зроблять їхнє спілкування з дитиною продуктивнішим. Ці рекомендації можна роздати батькам або вивісити на дошці оголошень.

Принципи психологічної діяльності орієнтованої на інтереси сім'ї є першим кроком на шляху налагодження довірливих, партнерських стосунків з родинами, а саме: ефективне співробітництво з батьками, регулярний обмін з батьками повною та неупередженою інформацією стосовно, розуміння й урахування потреб, заохочення і створення умов для взаємної підтримки батьків, розуміння унікальності кожної сім'ї, турбота про те, щоб послуги, які надаються родинам, були комплексними, скоординованими, гнучкими, доступними і відповідали потребам кожної родини.

3.2. Методичні рекомендації щодо допомоги батькам хворої дитини у подоланні завченої безпорадності

Основна мета діяльності психолога на початковому етапі роботи з сім'єю – формування в батьків адекватних уявлень про стан дитини, пов'язаний із хворобливістю.

Для вирішення цього завдання виконуються такі види діяльності:

- індивідуальна співбесіда (інтерв'ювання) з кожним дорослим членом родини, визначення члена родини, здатного здійснювати головну функцію при організації лікувального та реабілітаційного процесу;
- участь члена родини – організатора реабілітаційного процесу в всіх видах діагностичного обстеження, що проводиться на базі медичної установи чи в умовах родини;
- аналіз разом із усіма членами родини результатів обстеження, виявлення основних проблем, специфічних особливостей спілкування з дитиною;
- складання програми психологічної роботи з родиною.

Наступний етап роботи – організаційний. Він полягає в конструктивній діяльності, включаючи різноманітні форми і передбачає проектування системи взаємодії дорослого і дитини.

На цьому етапі вирішуються такі завдання:

- навчання батьків прийомам спілкування з дитиною на основі індивідуальної програми;
- налагодження стилю сімейного спілкування.

Найважливішою особливістю цього етапу є спільне планування різних сімейних заходів відповідно до індивідуальної програми і позначених в ній завдань на визначений період. Після оцінювання і коригування досягнутого здійснюється перехід до більш складних завдань, обговорюється роль батьків при проведенні того чи іншого виду діяльності з урахуванням підвищення самостійності й активності дитини.

Заключний етап соціально-педагогічної діяльності в умовах сім'ї – комунікативний. Він припускає допомогу у встановленні оптимальних взаємин між батьками, батьками і дітьми, іншими членами родини у сфері найближчого оточення. Цей етап має вирішальне значення для нормалізації психологічного клімату в родині, послаблення емоційної напруженості, реконструкції батьківських позицій. Він сприяє становленню нових форм взаємодії з дитиною, засвоєнню ефективних засобів спілкування.

Основними завданнями комунікативного етапу є:

- розширення арсеналу засобів при здійсненні комунікативної діяльності завдяки використанню специфічних способів спілкування (емпатії, жестової мови тощо);
- формування інноваційних форм взаємодії з дитиною (сеанси емоційно-розвивальної предметно-ігрової взаємодії тощо);
- формування виховних навичок у батьків.

У ході реалізації комунікативного етапу ефективне застосування таких методів, як індивідуальні бесіди з дорослими членами родини, базовані на емоційних контактах, спільному вирішенні проблемних ситуацій.

У результаті індивідуальної роботи з батьками необхідно виробити загальну позицію в нормалізації сімейних відносин, визначити причини порушень батьківської поведінки, знайти оптимальні шляхи виходу з проблемних ситуацій. Основними критеріями ефективності соціально-педагогічної роботи на комунікативному етапі можна вважати стійкість психоемоційного стану дитини і батьків; рівень сформованості спільної діяльності; рівень розвитку навичок спілкування.

Лише за умови цілеспрямованої системної соціально-психологічної діяльності в умовах сім'ї можливим є не тільки підвищення рівня розвитку дитини та її соціальної активності, але й нівелювання негативних переживань батьків, формування оптимістичних установок стосовно майбутнього дітей та їхніх сімей.

Допомога батькам хворої дитини у подоланні завченої безпорадності передбачає допомогу в побудові батьками «нової картинку світу і їх бачення себе в ньому». Йдеться про необхідність коригування складових Я-концепції особистості (образів «Я», самооцінки, моделей поведінки), а також про відмову від зручних стереотипів.

Методичні поради та стратегії, спрямовані на покращення стану батьків, які виховують хвору дитину та стикаються із завченою безпорадністю. Загальні поради можемо сформулювати таким чином:

1) **Підтримка та освіта:** Забезпечення батьківського розуміння про хворобу дитини, включаючи.

2) **Психологічна підтримка:** Надання можливості батькам висловити свої почуття, страхи та емоції, шляхом консультування психолога або участі в групах підтримки.

3) **Розвиток копінг-стратегій:** Вчителювання батькам методів подолання стресу, навичок з вирішення проблем, робота з емоційним регулюванням.

4) **Сприяння в розвитку ресурсів:** Підтримка формування соціальних зв'язків, знаходження джерел підтримки у спільноті, розвиток внутрішніх ресурсів особистості.

5) **Створення позитивної атмосфери:** Підтримка стабільності та позитивного середовища в сім'ї, стимулювання здорового способу життя для батьків та дитини.

6) **Важливість власного догляду:** Посилення своєї підтримки, включаючи самооблік та самогляд за собою.

Пропонуємо кілька рекомендацій для фахівців, які працюють з батьками хворої дитини, щоб допомогти їм у подоланні завченої безпорадності:

1) **Створіть безпечне середовище для спілкування**: Дозвольте батькам вільно висловлюватися та вислуховуйте їхні емоції і стурбованості.

2) **Підкресліть важливість самостійності та підтримки**: Надайте інформацію та ресурси, які дозволять батькам самостійно розв'язувати проблеми, але також зазначте, що підтримка доступна.

3) **Фокус на позитиві та зміцненні ресурсів**: Звертайте увагу на сильні сторони батьків, підкреслюйте їхні ресурси та позитивні якості.

4) **Посилайте на ресурси та підтримку групової роботи**: Можливо, вони зможуть знайти підтримку та співрозмовників у групах для батьків у схожих ситуаціях.

5) **Поширюйте знання про копінг-стратегії**: Навчіть батьків методикам управління стресом та підкажіть ефективні методи подолання труднощів.

6) **Підкресліть важливість самопідтримки**: Навчіть батьків про важливість самозбереження та догляду за собою для збереження фізичного та емоційного здоров’я.

7) **Створіть індивідуалізований план дій**: Розробіть з батьками персоналізований план дій для кожної конкретної ситуації, яка виникає.

Нами було виділено 4 етапи терапії:

1. Підготовчий.

2. Етап мотивування – формування саногенної (оздоровчої) установки. На даному етапі основні завдання включають наступне: встановлення зв’язку з батьками, зацікавлення їх у співпраці та спільній роботі, розвиток партнерства та взаємодії, а також мобілізація батьків для співпраці. Мотивацію до співпраці можна досягти, відповідаючи на питання:

- чим загрожує «одужання» від безпорадності;
- що дає мені безпорадність;
- що вона (безпорадність) забирає;
- що обіцяє «одужання».

На всіх етапах терапії мотивація пронизує процес та сприяє формуванню саногенної установки. Ця установка виявляється сформованою,

коли позитивні перспективи одужання стають важливішими, ніж втрати, що виникли внаслідок пережитої безпорадності, розпачу або відчуття безсилля.

Протягом усіх етапів необхідно підтримувати активність у відновленні, щоб утримати зацікавленість батьків у досягненні їхніх цілей. Важливо підкреслити, що вони зможуть почувати полегшення від розпачу та гніву, лише досягнувши хоча б деяких мет цього процесу.

3. Етап освоєння нового досвіду.

На цьому етапі батьки вчаться діяти по-новому, контролювати свої емоції. На цьому етапі батьки вже самі для себе обирають оцінку своєї роботи, якщо все вдається, то їх стан полегшується, а якщо ні, то навпаки, погіршується.

4. Етап актуалізації й вирішення зовнішнього конфлікту.

На цьому етапі активізується конфлікт та починаються пошуки способів його вирішення. Часто це супроводжується погіршенням настрою, що звичайно нормалізується по мірі вирішення конфлікту, особливо якщо особистість діє активно та продуктивно. На цьому етапі корисно використовувати ті навички, які були вивчені та сформовані батьками на попередніх етапах терапії. Тут потрібно вже застосовувати нові стратегії: змінювати обставини або адаптувати свою поведінку в цих обставинах.

5. Етап актуалізації й вирішення внутрішнього конфлікту, нова особистісна інтеграція. Розв’язання внутрішнього конфлікту протікає в залежності від конкретних умов життя батьків. Важливо на цьому етапі підтримувати батьків у їх особистісних змінах щодо поведінки в різних життєвих ситуаціях. Особистісна поведінка повинна відрізнятися: природністю та внутрішньою узгодженістю. Супроводження етапів подано у Додатку В.

Отже, на основі цих етапів, ми розробили «Зміст поетапної психологічної підтримки особистості в ході подолання безпорадності».

1. Етап: Потреба як проблема - вимога («неблагополуччя»)

Необхідність усвідомлення проблеми, самостійне її «проговорення» з описом отриманого досвіду (нехай і негативного), важлива концентрація не стільки на проблемі, скільки на оцінці своїх емоцій та поведінка щодо неї.

2. Етап: Бажання.

Щоб потреба перейшла на рівень бажання, потрібна мотивація та організація мотивуючих впливів, формування нової системи цінностей, аналіз досвіду успіху і невдач. Важливим є зовнішній вплив фахівців для прийняття рішення стосовно змін. Також бажання має бути здійсненним і незаблокованим. Тобто бажання як цілепокладання, як адаптивна стратегія.

3.Етап: Мислення.

Побудова стратегії, аналіз і планування, зважування та проектування. Це процес, який триває в часі, потребує виваженого ставлення. Допомога фахівця необхідна у плануванні, структуруванні дій, порадах та професійному досвіді формування позитивного мислення.

4.Етап: Ресурси.

Потрібен перелік можливих ресурсів, розширення кола чинників, що можуть бути віднесені до їх числа. Поділ ресурсів на внутрішньоособистісні та зовнішні. Важливою є мобілізація ресурсів, креативний підхід, творчість і нестандартність. Навчання (інформація) часто виступають як головні ресурси.

5.Етап: Дії.

Важливо просто робити те, що заплановано. Бажаним є підкреслення ситуації успіху, що надає сил, енергію. Важливою є оцінка результату з боку фахівців, підтримка, схвалення або конструктивні зауваження.

6.Етап: Новий досвід.

Зміни на рівні особистості:

- у емоційній сфері (з’являються відчуття впевненості, насиченості енергією, піднесення, віра в свої сили);

- у когнітивній сфері (позитивне мислення, переоцінка можливостей, зважування варіантів, вибір стратегії, з’являються нові інтереси, нахили):
- у поведінці (активність, взаємодія, нові зв’язки, діяльність стає більш структурованою, осмисленою).

Важливо цінувати не лише самі зміни, але й появу самої можливості змін. Також слід представити перелік основних змін і результатів, які виникають після закінчення кожного етапу наснаження (Додаток Г).

Для подолання проявів навченої безпорадності у батьків часто хворіючої дитини важливого значення набуває систематична допомога сім’ям, а також комплекс спрямованих психолого-педагогічних заходів, спрямованих на підвищення рівня адаптації батьків до життєвих умов, пошуку особистісних ресурсів та вироблення активної позиції. До роботи з сім’єю слід підходити з розумінням сім’ї як цілісної системи, з гуманістичних позицій.

Запровадження комплексного підходу в наданні психологічної допомоги сім’ям часто хворіючої дитини повинно бути спрямовано на оптимізацію внутрішньосімейної атмосфери, гармонізацію внутріншніх станів, стану активності.

Висновки до розділу 3:

Виходячи із результатів нашого теоретичного та експериментального дослідження, ми визначили, що подолання навченої безпорадності у батьків хворих дітей вимагає сприяння їм у сприйнятті сім'ї як цілісної системи. Наша робота спрямована на підвищення рівня адаптації батьків, розвиток їхніх особистісних ресурсів та формування активної позиції.

Принципи педагогічної діяльності орієнтованої на інтереси сім’ї є першим кроком на шляху налагодження довірливих, партнерських стосунків з родинами, а саме: ефективне співробітництво з батьками, регулярний обмін з батьками повною та неупередженою інформацією стосовно, розуміння й урахування потреб, заохочення і створення умов для взаємної підтримки

батьків, розуміння унікальності кожної сім'ї, турбота про те, щоб послуги, які надаються родинам, були комплексними, скоординованими, гнучкими, доступними і відповідали потребам кожної родини.

Ми виділили такі форми групової роботи з батьками: проведення семінарів, консультацій, лекцій, тренінгів та індивідуальних бесід чи консультування. Запропоновані методи включають соціально-психологічні тренінги, психотерапевтичні техніки для творчого самовираження, навчання сприймати дитину як унікальну особистість та сприяння її самостійному розвитку.

Робота з батьками хворої дитини спрямована на створення позитивної емоційної атмосфери та підтримку їхньої активності та ініціативи.

Очікувані результати:

1) зміни у мисленні батьків хворої дитини, завдяки спонукання їх до позитивного, активного та об'єктивного сприйняття себе та своєї дитини;

2) актуалізація особистісних ресурсів та мотивації батьків для досягнення позитивних змін;

3) переоцінка батьками своїх можливостей, розвиток позитивного мислення, завдяки підтримки їх у вирішенні проблем та формуванні нових відносин.

Усі запропоновані методи спрямовані на створення мотивації у батьків, вони базуються на позитивних стимулах, підтримці та сприянні в процесі самовдосконалення, уникаючи маніпуляцій чи директивних методів.

На підставі теоретичних підходів та результатів нашого емпіричного дослідження ми створили комплексну програму для подолання особистісної безпорадності у батьків хворої дитини. Ця програма спрямована на поліпшення адаптації батьків до життєвих умов, знаходження особистісних ресурсів і виховання позитивної активної позиції, пов'язаної з доглядом за дитиною.

ВИСНОВКИ

В ході нашого дослідження з метою досягнення мети було виконано ряд завдань**:**

1. Теоретично вивчили особливості особистісної безпорадності та копінг-стратегій батьків часто хворіючої дитини. Зроблено аналіз останніх наукових досліджень в Україні та світі, що стосуються пристосування та подолання складних життєвих обставин людиною. Виявлено основні теоретичні принципи, за якими відбувається аналіз та вибір стратегій копінгу особистості. Констатовано, що формована особистісна завчена безпорадність може негативно впливати на результативність будь-якої діяльності, в нашому випадку – на спілкування з хворою дитиною .Здійснено теоретичний аналіз проблеми особистісної безпорадності; вивчено та проаналізовано теорію завченої безпорадності як психологічний феномену і як стану, який виникає в якості реакції на негативні, травмуючі події. В результаті теоретичного дослідження було констатовано, що навчена безпорадність в когнітивному компоненті у батьків часто хворіючої дитини проявляється песимістичним або неадекватним осмисленням складних життєвих обставин, відкидання проблем і підтримування ілюзій; в емоційному – тривожністю, невпевненістю, пригніченістю, втомою; в мотиваційному – в низькому рівні домагань і мотивації досягнень й має ознаки сімейної дисфункціональності.

2. Визначили рівень вираженості копінг-стратегій та особистісної безпорадності батьків хворої дитини, здійснили порівняльний аналіз показників когнітивних, мотиваційних та емоційних характеристик у батьків з високим рівнем безпорадності та з високим рівнем активності. Копінг-стратегії, які ми визначили у батьків дитини, що хворіє, в більшості своїй виявилися нижчі за показники норми (за даними авторів методики), що є чинниками розвитку психічної дезадаптації. Напруженість різних варіантів копінгу мала гендерні відмінності, важливі для розуміння специфіки психічного відреагування матерів та татусів дитини. Узагальнений профіль копінгу у матерів хворої дитини характеризується вираженою тенденцією до

дистанціювання та середнім рівнем власної відповідальності. Для татів хворої дитини притаманними амбівалентні тенденції – тенденція до дистанціювання від ситуації, але більш високий рівень планування шляхів виходу зі складного становища при зниженому рівні власної відповідальності за події. Таким чином, у більшості досліджуваних батьків виявлена дисгармонія механізмів подолання проблем, пов'язаних із хворобою дитини. Нами були визначені маркери психічної дезадаптації, що тісно пов'язані з особливостями стилю захисної і стрес-долаючої поведінки – підвищеним загальним рівнем напруження МПЗ (переважання дезадаптивних МПЗ і неконструктивних копінг-стратегій у батьків хворої дитини). Використання дезадаптивних копінг-стратегій в умовах дефіциту адаптаційної енергії не сприяє успішному вирішенню проблем і призводить до посилення напруги відповідних механізмів психологічного захисту.

3. Виявили особливості зв'язку копінг-стратегій та сформованої особистісної безпорадності зі стилем батьківського ставлення та сімейного виховання. Виявлено пряму залежність між стилем сімейного виховання та рівнем навченої безпорадності батьків. Визначено три психологічні типи з різними варіантами поєднання зазначених показників, які отримали назви: 1) «безпорадні» (25%), 2) «самостійні» (20%) і 3) «змішана група» (55%). Для батьків усіх груп характерне переважання загального емоційно позитивного ставлення до дітей, оскільки за шкалою «прийняття-заперечення» більшість опитуваних отримала показники середнього рівня.

4. На основі аналізу теоретико-методологічних підходів до проблеми подолання особистісної безпорадності й результатів емпіричного дослідження розробити комплексну програму подолання особистісної безпорадності у батьків хворої дитини. Нами було визначено основні мішені соціально-психологічного впливу (інтра- та інтерпсихічні) та методи психокорекції та визначено холістичний підхід, спрямований на активізацію адаптивних, а не на редукцію дезадаптивних сил. Згідно з положеннями даного підходу, зусилля у роботі із батьками хворої дитини мають бути

направлені перш за все на стимуляцію власних психологічних ресурсів й адаптивних стилів реагування на хворобу дитини. Ми виділили такі форми групової роботи з батьками: проведення семінарів, консультацій, лекцій, тренінгів та індивідуальних бесід чи консультування. Запропоновані методи включають соціально-психологічні тренінги, психотерапевтичні техніки для творчого самовираження, навчання сприймати дитину як унікальну особистість та сприяння її самостійному розвитку. На підставі теоретичних підходів та результатів нашого емпіричного дослідження ми створили комплексну програму для подолання особистісної безпорадності у батьків хворої дитини. Ця програма спрямована на поліпшення адаптації батьків до життєвих умов, знаходження особистісних ресурсів і виховання позитивної активної позиції, пов’язаної з доглядом за дитиною.

Перспективи подальших досліджень вбачаються в подальшому апробуванні змісту програму подолання особистісної безпорадності у батьків хворої дитини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Афанасьєва Н. Є., Ричкова Л. В. Особливості копінгових стратегій адаптації курсантів і студентів. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2009. Вип. 6. С.3-11. URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/437/1/06.pdf

2. Барбух Ю. В., Сингаївська І. В. Психологічні особливості стосунків батьків з дітьми старшого дошкільного віку. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: Міжнародна конференція (21-22 листопада 2019 року, м. Київ). К.: Університет «КРОК», 2019. Ч. 2. С. 412–414.

3. Васильченко О. М. Сім'я як психологічний чинник формування та розвитку особистості. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку*: тези доповідей IV Міжнародної конференції (7 грудня 2022 р., м. Київ). Київ: Університет "КРОК", 2022. https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2022/paper/view/1352 https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2022/paper/view/1352

4. Васильченко О. М. Сучасні підходи до дослідження сім'ї у психології. *Правничий вісник Університету «КРОК»*. 2016. Вип. 24. С. 221-228.http://library.krok.edu.ua/media/library/category/zhurnali/pravnychyi-visnyk-universytetu-krok/pravnychyi-visnyk-universytetu-krok-n24.pdf

5. Войцеховська О., Закалик Г. Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій особистості. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2016. № 2. С. 95–104. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ Pippo_2016_2_13

6. Гошовський Я. О. Феноменологія депривації: системний теоретико-емпіричний дискурс / Психологія і суспільство, 2001. С.85-95.

7. Дем'яненко Б. Т. Механізми психологічного захисту та копінг-стратегії в теорії і практиці корекційної та психотерапевтичної. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та

спеціальна психологія. 2013. Вип. 24. С. 282-288. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2013_24_62

8. Діденко Г. О., Шебанова Г. О. Копінг–поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. Проблеми сучасної психології. 2018. Вип. 39.С. 368-379. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2018_39_32

9. Дудка А. І. Копінг-поведінка в професійній діяльності педагога. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2017. Вип. 6(2). С. 28-32. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_6%282%29__7

10. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

11. Казанжи М. Й. Особистісні ресурси подолання психологічної кризи. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія. 2015. Вип. 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2015_1_6

12. Казібекова В. Ф. Психологічні ресурси особистості: філософсько-психологічний зміст. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2017. Вип. 2 (1). С. 120-127. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_2%281%29__23

13. Карамушка Л. М., Дзюба Т. М. Феномен «здоров'я» як актуальний напрям досліджень в організаційній психології. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2019. № 1(16). С. 22–33.

14. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2020. Т. І. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія / за ред. С.Д. Максименка, Л М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Вип. 55. С. 23–30.

15. Кобильченко В. В. Теоретичні та методичні засади психокорекційної роботи з дошкільниками, які мають порушення психофізичного розвитку. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2013. Вип. 4(1). С. 42-51. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ooop_2013_4(1)__8

16. Кононова М. М., Кучма Т. В. Сутність стресу як психологічної категорії. Молодий вчений. 2021. № 1. С. 28–33.

17. Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості : автореф. дис. … д-ра психол. наук. Київ, 2009. 39 с.

18. Кукуруза Г. В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку : монографія. Харків : Точка, 2013. 244 с.

19. Лагодзинська В. І. Креативність, як важлива детермінанта забезпечення психологічного здоров'я особистості: теоретичний аналіз проблеми. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2019. Т. 1 : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Вип. 54. С. 29-35.

20. Левенець А. Є. Базові моделі копінг-поведінки та механізми психологічного захисту працівників Державної кримінально-виконавчої служби. Проблеми сучасної психології. 2014. Вип. 24. С. 454-466. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2014_24_39

21. Макаренко А. О. Типи батьківського ставлення до дитини (підлітка) з хронічною соматичною патологією та її психосексуальний розвиток (теоретико-методологічні аспекти) / *Вісник харківського національного університету імені В.Н.Каразіна.* №1121.2019. С.128-133.

22. Максименко К. С. Переживання емоційних станів при соматичних захворюваннях / *Практична психологія та соціальна робота.* 2007. № 12. С.28–30.

23. Максименко К. С. Аналіз психотерапевтичних механізмів лікувальних впливів та інтервенцій. Сек'юритологія. Краков. 2012. С.85-103.

24. Мартіросян М. В. Копінг-поведінка: особистісні інваріанти професійного стресу в юридичній діяльності. Психологічні перспективи. 2018. Вип. 32. С. 182-192. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2018_32_18

25. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лєпіхова, В. В. Савінов; за ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум, 2009. 120 с.

26. Олефір В. О. Взаємозв'язок життєстійкості, копінг-стратегій та психологічного благополуччя. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія. 2011. № 981. Вип. 47. С. 168– 172.

27. Петрунько О. В. Внутрішні та зовнішні джерела патологічного страху сучасної дитини. Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. Вип. 21. Серія : Психологічні науки. 2003. С. 138-144.

28. Пілецький В. Копінг-стратегії поведінки особистості в стресових ситуаціях. Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. 2014. Вип. 19 (1). С. 185-194. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpfsp_2014_19%281%29__27

29. Пічурін В. В. Копінг-стратегії студентів і психологічна готовність до професійної праці. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2015. № 2. С. 53-59. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/PPMB_2015_2_11

30. Резнікова О. А., Шамардіна А. В. Копінг-стратегії та копінг-ресурси у структурі копінг-поведінки особистості студента. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2017. Вип. 6(2). С. 80-85. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_6%282%29__17

31. Рисинець Т. П., Потоцька І. С. Формування поведінки подолання в процесі професійного становлення майбутніх психологів. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, (35). 2017. DOI: https://doi.org/10.32626/2227-6246.2017-35.%25p

32. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання: дис. … докт. психол. наук. Київський нац. ун-т імені Т. Г. Шевченка. К., 2013. 504 с.

33. Родіна Н. В. Ієрархічна модель структури копінг-поведінки. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2011. № 1. С. 120–129.

34. Розов В. І. Методи оцінки та самооцінки стресових станів / *Практична психологія та соціальна робота.* 2007. № 5. С.41–52.

35. Садовська Х. С., Сингаївська І. В. До проблеми дослідження впливу батьківської прихильності на розвиток особистості дошкільника. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей ІІІ Міжнародної конференції (Київ, 02 грудня 2021 р.). К.: Університет «КРОК», 2021.

36. Сербова О. В. Сімейна дисфункціональність як чинник соціалізації дитини з обмеженими фізичними можливостями. / *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.* Том 11: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості: Вип.12 . Ін-т психології ім. Г.С. Костюка НАН України. Київ: Фенікс, 2015. С. 469-477.

37. Сербова О. В. Теоретичний аналіз проблеми формування навичок копінг-стратегій батьків дитини з обмеженими можливостями здоров’я. / *Україно-польські психолого-педагогічні студії: актуальні проблеми педагогічної теорії та практики* : зб. наук. ст. / заг. ред. І.Г. Улюкаєва. Бердянськ : БДПУ, 2015. С. 158-163.

38. Сивогракова З. А. Вивчення копінгу як особистісної адаптаційної здібності. Педагогіка і психологія. 2007. № 22. С.159–169.

39. Сингаївська І. В., Іванова О. В. Коучинговий підхід як інструмент для встановлення довірливих стосунків між батьками і підлітками. Вчені записки Університету «КРОК», 2023. № 2 (70). С. 166–172.

40. Ткачук Т. А., Тарасенко І. Копінг-поведінка як основа конструктивного опанування важких життєвих ситуацій. Технології розвитку інтелекту. 2016. Т. 2 Вип. 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_1_12

41. Ткачук Т. А. Методологічні підходи до вивчення та вимірювання копінг-поведінки. Актуальні проблеми сучасної психології та педагогіки вищих навчальних закладів МВС України: матеріали «Круглого столу». 2012. С. 23. URL: http://zavantag.com/docs/1938/index-5765-1.html?page=23

42. Федорчук В. М. Тренінг особистісного зростання. Київ: «Центр учбової літератури», 2014. 250 с.

43. Хомуленко Т. Б. Психосоматичний аналіз особистості / *Наука і освіта,* 2010.Спецвипуск. С.105–107.

44. Шевченко Н. Ф. Теорія і практика психологічної допомоги хворим / *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти:* Збірник наукових праць. Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету. Випуск 41. Рівне: РДГУ, 2008. С. 18 – 21.

45. Шевченко Н. Ф. Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти / *Матеріали II Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110 річниці від дня народження Г.С. Костюка (19-20 квітня 2010 року).* Т.II. Київ.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. С. 347-350.

46. Шебанова В. І. Копінг-поведінка і механізми подолання стресу. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2011. Вип. 26. С. 289-296. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nsspp_2011_26_35

47. Шебанова В. І., Діденко Г. О. Копінг–поведінка у сучасних психологічних дослідженнях / *Проблеми сучасної психології.* 2018. Вип. 39. С. 368-379. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2018_39_32.

48. Штепа О. С. Особливості зв'язку психологічної та персональної ресурсності особистості. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. 2013. Вип. 21. С. 782-791. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2013_21_71

49. Штепа О. С. Ресурсній стан: психологічний аналіз та інтерпретація. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2017. № 1. URL:http://publications.lnu.edu.ua/bulletins/index.php/psychology/article/view/7512

50. Ярош Н. С. Аналіз досліджень внутрішніх предикторів стрес-долаючої поведінки». Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія. 2015. № 58. С. 60–64.

51. Яценко Т.С., Глузман О.В., Калашник І.В. Глибинна психологія: діагностика та корекція тенденції до психологічної смерті. навч. посіб. Ялта: РВВ КГУ, 2008. 204 с.

52. Andrikevych II. (2021). Acute respiratory infections in children: current trends in antiviral therapy. Modern Pediatrics. Ukraine. 6(118): 6166. doi 10.15574/SP.2021.118.61

53. Amirkhan J. H. A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. Journal of Personality and Social Psychology. 1990. Vol. 59. P. 1066-1075.

54. Boyce G. C. Child Characteristics, Family Demographics and Family Processes: Their Effects on the Stress Experienced by Families of Children with Disabilities / *Counseling Psychology Quarterly*, 0951- 5070. December 1, 2011. EBSCOhostPsycINFO Database

55. Cramer P. Defense mechanismus and Coping strategies: What's the difference? American Psychologist. 2000. June. P. 638–646.

56. Endler N., Parker J. Assessment of Multidimonsional Copiong Task, Emotion and avoidance Strategies. Psychological Assessment. 1994. Vol. P. 50–60.

57. Gillham J .E. Prevetion of dep ressive s ymptoms in school ch ld ren: two year fo llow - up . / Psychological Science. 1995. Vol. 6, № 6. P. 343-351.

58. Folkman S., Lazarus R. S. An analysis of coping in a middleaged community sample. J. of Health and Social Behavior. 1980. V. 21. Iss. 3. 219–239 pp.

59. Folkman, S., Lazarus, R. S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988. 52 p.

60. Folkman S., Lazarus R. S., Gruen R. J., DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. J. of Personality and Social Psychology. V. 50. N 3. 1986-b. 571–579 pp.

61. Frydenberg, E., & Lewis, R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? American Educational Research Journal. 2000. No 37. P. 727–745.

62. Heim E. Coping and Adaptivitat. Psychotherapie und Medizinische Psychologie. 1998. Vol. 38. № 1. P. 8–18.

63. Heim E. Coping based intervention strategies. Patient education and counseling. 1995; 26 (1-3). P. 145-151.

64. Lazarus, R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Pub. Co., 1984. 456 p. 65. Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. Theory and method in the study of stress and coping in aging individuals. 5th WHO Conference on Society, Stress and Disease: Aging and old age. Stockholm, Sweden, June 14–19, 1976.

65. Lazarus, R. S. Toward Better Research on Stress and Coping. American Psychologist, 2000. No 55. P. 665–673.

66. Maddi S. R., Khoshaba D. M., Harvey R. H., Fazel M., Resurreccion N. The personality construct of hardiness, V: Relationships with the construction of existential meaning in life. Journal of Humanistic Psychology. 2011. № 51(3). P. 369–388. DOI: 10.1177/0022167810388941

67. Nowack K. M. Coping style, cognitive hardiness, and health status // Journal of behavioral medicine. 1989. Vol. 12. №. 2. P. 145–158. DOI: https://doi.org/10.1007/BF00846548

68. Peterson C. Content analysis of verbatim explanations: the CAVE technique for assessing explanatory style / Unpublished manuscript. – Philadelphia: University of Pennsylvania, 1984. 43 p.

69. Saija E., Ioverno S., Baiocco R., Pallini S. Children experiencing sadness: Coping strategies and attachment relationships. Current Psychology. 2022. Pp. 1-10. DOI: https://doi.org/10.1007/s12144-022-02771-2

70. Seligman, Martin E. P. Helplessness: on depression, development, and death. – New York: W. H. Freeman,. Xxxv, 1992. 250 p.

71. Seligman M. E. P. The optimistic child: Proven program to safeguard children from depression and build lifelong resilience. New York: Harper Perennial, 1996. 336 p.

72. Serbova Olga, Zveriaka Mariia Formation of psychological and pedagogical competence of child's parents with special educational needs Формування психолого-педагогічної компетентності батьків дитини з особливими освітніми потребами. The psychological health of the personality and society: the challenges of today. Monograph. Eds. Małgorzata Turbiarz & Hanna Varina. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2020. P. 185-190.

73. Spilka B., Hood R., Hunsberger B., Gorsuch R. The psychology of Religion: An empirical approach. Trird Edition. New York, London: The Guilford Press, 2003.

Перелік джерел:

Всього джерел – 73.

Джерела за останні 5 років – 15 (2; 3; 8; 13; 14; 16; 19; 21; 24; 35; 39; 47; 52; 69; 72).

Джерела українських авторів – 51 (1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 45; 46; 47; 48; 49; 50; 51)

Джерела зарубіжних авторів – 22 (52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 64; 65; 66; 67; 68; 69; 70; 71; 72; 73).

ДОДАТКИ

Додаток А

«Самооцінка емоційних станів» А. Уессман і Д. Рікс

Інструкція: *«Оберіть у кожному із запропонованих наборів тверджень те, яке найточніше відображає Ваш стан зараз. Номер твердження, вибраного з кожного набору, обведіть кружечком у відповідному рядку реєстраційного бланку».*

Бланк.

«Спокійність – тривожність»									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
«Енергійність – втомленість»									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
«Піднесення – пригніченість»									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
«Впевненість у собі – безпорадність»									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

Список тверджень за всіма шкалами

«Спокійність – тривожність»

10. Цілковита спокійність. Непохитно впевнений у собі.

9. Виключно холоднокровний, на рідкість впевнений і не хвилююся.

8. Відчуття повного благополуччя. Впевнений і почуваю себе невимушено.

7. В цілому впевнений і вільний від стурбованості.

6. Ніщо особливо мене не турбує. Почуваю себе більш-менш невимушено.

5. Дещо занепокоєний, почуваю себе скуто, трохи стривожений.

4. Переживаю деяку занепокоєність, страх, неспокій або невизначеність. Знервований, хвилююся, роздратований.

3. Значна невпевненість. Вельми травмований невизначеністю. Відчуваю страхи. 2. Величезна тривожність, занепокоєність. Знищений страхом.

1. Повністю збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий труднощами, які не розв'язати.

«Енергійність – втомленість»

10. Поривання, що не знає перешкод. Життєва сила виплескується через край.

9. Життєздатність, величезна енергія, що б'є через край, сильне прагнення до діяльності.

8. Багато енергії, сильна потреба у дії.

7. Почуваю себе свіжим, у запасі значна енергія.

6. Почуваю себе досить свіжим, у міру бадьорий.

5. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.

4. Доволі стомлений. У запасі не дуже багато енергії.

3. Велика стомленість. Млявий. Мізерні ресурси енергії.

2. Жахливо стомлений. Майже виснажений і практично не здатний до дії. Майже не залишилося запасів енергії.

1. Абсолютно видихався. Нездатний навіть до самого незначного зусилля.

«Піднесення – пригніченість»

10. Сильний підйом, запальні веселощі.

9. Збуджений, у піднесеному стані. Сприймає все із захватом.

8. Збуджений, у доброму настрої.

7. Почуваю себе дуже добре. Життєрадісний.

6. Почуваю себе доволі добре, «в порядку».

5. Почуваю себе трохи пригніченим, «так собі».

4. Настрій пригнічений і дещо смутний.

3. Пригноблений і почуваю себе дуже пригніченим. Настрій безумовно сумний.

2. Дуже пригнічений. Почуваю себе просто жахливо.

1. Крайня депресія і зневір'я. Пригнічений. Усе чорно й сіро.

«Впевненість у собі – безпорадність»

10. Для мене немає нічого неможливого. Зможу зробити все, що захочу.

9. Відчуваю велику впевненість у собі. Впевнений у своїх звершеннях.

8. Дуже впевнений у своїх здібностях.

7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо й мої перспективи хороші.

6. Почуваю себе доволі компетентним.

5. Відчуваю, що мої вміння й здібності дещо обмежені.

4. Почуваю себе доволі нездібним.

3. Пригнічений своєю слабкістю й нестатком здібностей.

2. Почуваю себе жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.

1. Давить почуття слабкості й марності зусиль. У мене нічого не виходить.

Обробка результатів:

Спочатку визначаються показники за кожною зі шкал «Спокійність – тривожність», «Енергійність – втомленість», «Піднесення – пригніченість», «Впевненість у собі – безпорадність», які відповідають обраному респондентом номеру твердження. Далі обчислюють інтегральний показник емоційного стану респондента за формулою: ЕС = (І1 + І2 + І3 + І4) / 4, де ЕС – інтегральний показник емоційного стану; І1, І2, І3 та І4 – індивідуальні показники за відповідними шкалами.

Інтерпретація результатів ЕС може змінюватися від 1 до 10. Якщо він знаходиться в межах 8-10 балів, то його можна інтерпретувати як дуже добрий; у межах 6-7 балів – як добрий; 4-5 балів – як погіршений; 1-3 бали – як поганий і дуже поганий.

Додаток Б

«Тест-опитувальник батьківського ставлення»

Інструкція:

«Будь ласка, уважно прочитайте приведені нижче твердження і в бланку відповідей обведіть тільки ті номери тверджень, з якими Ви повністю згодні. *Виправляти і дописувати текст не можна».*

1. Я завжди співчуваю своїй дитині.
2. Я вважаю своїм обов'язком знати все, про що думає моя дитина.
3. Я поважаю свою дитину.
4. Мені здається, що поведінка моєї дитини значно відхиляється від норми.
5. Потрібно якнайдовше тримати дитину подалі від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують.
6. Я відчуваю до дитини почуття прихильності.
7. Гарні батьки захищають дитину від труднощів життя.
8. Моя дитина часто неприємна мені.
9. Я завжди прагну допомогти своїй дитині.
10. Бувають випадки, коли знущальне ставлення до дитини приносить їй велику користь.
11. Стосовно своєї дитини я часто відчуваю досаду.
12. Моя дитина нічого не доб'ється в житті.
13. Мені здається, що інші діти глузують з моєї дитини.
14. Моя дитина часто робить такі вчинки, що заслуговують на осуд.
15. Для свого віку моя дитина трішки незріла.
16. Моя дитина спеціально поводиться погано, щоб досадити мені.
17. Моя дитина, як губка, усмоктує в себе все найгірше .
18. Мою дитину важко навчити хорошим манерам при всьому старанні.
19. Дитину з дитинства варто тримати в жорстких рамках, тільки тоді з неї виросте гарна людина.
20. Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас додому.
21. Я переймаюся своєю дитиною.
22. До моєї дитини постійно «липне» все погане.
23. Моя дитина не досягне успіху в житті.
24. Коли в компанії говорять про дітей, мені іноді стає соромно, що моя дитина не така розумна і здібна, як інші.
25. Я жалію свою дитину.
26. Коли я порівнюю свою дитину з її однолітками, то вони здаються мені дорослішими і в поведінці, і по думках.
27. Я охоче проводжу з дитиною свій вільний час.
28. Я часто шкодую про те, що моя дитина росте і дорослішає, і з ніжністю

згадую той час, коли вона була ще зовсім маленькою.
29. Я часто помічаю за собою, що ставлюся до дитини вороже.
30. Я мрію про те, щоб моя дитина досягла того, що особисто мені не вдалося в житті.
31. Батьки повинні пристосовуватися до дитини, а не тільки вимагати цього від неї.
32. Я намагаюся виконувати всі прохання моєї дитини.
33. При прийнятті рішень в родині варто враховувати думку дитини.
34. Я дуже цікавлюся життям своєї дитини.
35. У конфлікті з дитиною я часто можу визнати, що вона по-своєму права.
36. Діти рано починають розуміти те, що батьки можуть помилятися.
37. Я завжди зважаю на думку дитини.
38. Я відчуваю дружні почуття стосовно дитини.
39. Основна причина капризів моєї дитини — це егоїзм, лінощі і впертість.
40. Якщо проводити відпустку з дитиною, то неможливо нормально відпочити.
41. Найголовніше - щоб у дитини було спокійне, безтурботне дитинство.
42. Іноді мені здається, що моя дитина не здатна ні на що хороше.
43. Я поділяю захоплення моєї дитини.
44. Моя дитина може вивести з себе кого завгодно.
45. Я розумію засмучення своєї дитини.
46. Моя дитина часто дратує мене.
47. Виховання дитини — це суцільні нерви.
48. Сувора дисципліна в дитинстві розвиває сильний характер.
49. Я не довіряю своїй дитині.
50. За суворе виховання діти потім дякують своїм батькам.
51. Іноді мені здається, що я ненавиджу свою дитину.
52. У моїй дитині більше недоліків, чим достоїнств.
53. Я поділяю інтереси своєї дитини.
54. Моя дитина не в змозі зробити щось самостійно, а якщо вона це робить, то обов'язково щось виходить не так.
55. Моя дитина виросте непристосованою до життя.
56. Моя дитина подобається мені такою, яка вона є.
57. Я ретельно стежу за станом здоров'я моєї дитини.
58. Нерідко я захоплююся своєю дитиною.
59. Дитина не повинна мати секретів від батьків.
60. Я невисокої думки про здібності моєї дитини і не приховую цього від неї.
61. Бажано, щоб дитина дружила з тими дітьми, які подобаються її батькам.

Бланк для заповнення

П. І. дитини _____

Хто відповідає: мати, батько (потрібне підкреслити).

Інструкція.

«Обведіть кружком тільки ті номери тверджень, з якими Ви повністю згодні».

3 4 8 10 12 **14 15 16 18 20** **23 24 26 27 29** **37 38 39 40 42** **43 44 45 46 47** **49 51 52 53 55** **56 60**	**1 6 9 21** **31 33 34 35 36**	**57 25 30 32** **41 58**	**2 19 48** **50 57 59**	**11 13 17** **22 28 54 61**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Додаток В

Характеристика основних етапів процесу наснаження особистості

№ етапу	Проблемне запитання - відповідь	Результат і зміни
1.	**Що призводить до виснаження як передумова наснаження?** – проблеми, скрутна або кризова життєва ситуація, хвороба; – усвідомлення власної слабкості, неспроможності, нездатності; – відсутність сил, енергії, снаги (на емоційному і фізичному рівнях); – процес розвитку особистості, вікові чи соціалізаційні зміни та ін.	Відчуття слабкості; відчаю, несправедливості, душевний біль, розчарування тощо. Усвідомлення проблем, реальна оцінка ситуації, відсутність толерантності, небажання так жити далі
Усе це вимагає змін, зумовлює їх необхідність, актуальність, важливість		
2.	**З чого розпочинається наснаження?** – готовність до змін; – інтерес до «нового» життя (чи в житті); – надія; – усвідомлення необхідності зробити вибір, вчинок, крок, взяти на себе відповідальність.	Відмова від позиції слабкості. Бажання змінити ситуацію. Усвідомлення відповідальності за вибір. Тривога за майбутнє, емоційні коливання, сумніви
Людина приймає рішення щодо необхідності змін, мотивація до змін		
3.	**Чого я хочу досягти? (яких змін я хочу?)** – визначити завдання, напрямок змін на основі аналізу ситуації та рефлексії; – пошук, зважування і вибір альтернатив.	Активне мислення, зміни на рівні мислення. Сформульована конкретна мета (ціль). З′являється відчуття рівноваги, «відродження» почуття надії.
Людина рефлексує, оцінює ситуацію і вже знає, що саме вона хоче змінити і чого досягнути		
4.	**Як це може зробити? Де взяти сили?** – знайти нові можливості, ресурси (які не розглядалися раніше як такі або не використовувалися); – шукати інформацію, спілкуватися з іншими; – планувати; – звербатькися по допомогу; – ставати більш вправним (духовно чи фізично).	Розроблений план дій. Розширення соціальних зв’язків. Оцінка власного особистісного потенціалу. Навчання. Зміни в оточення або у ставленні в межах існуючого оточення. Зростає відчуття впевненості.
Людина має план дій, вона бачить нові можливості і знає, що не сама		

5.	**Треба діяти!** – бути активним, робити, трудитися; – діяти згідно наміченому плану; – залучати, використовувати ресурси; – опановувати нові види активності; – вадливі підтримка, розуміння.	Зміни на рівні діяльності. Набагато більше спілкування. З'являється енергія, бажання працювати, виникає задоволення від перших результатів.
Людина діє за планом, відчуває прилив сил, енергії, задоволення від активності.		
6.	**Що змінилося в ситуації і в імені? Рефлексія результату змін** – переоцінка своєї ситуації і самого; – чи досяг я запланованого? – чи комфортно мені в «новому» житті? – що я хочу ще змінити?	Досягнення поставлених завдань. Формулювання нових перспектив. Позитивне мислення. Енергія. Відчуття контролю над ситуацією
Людина відчуває наснаження, бачить перспективу, спроможна іти далі		

Додаток Г

Характеристика змісту поетапної соціально-психологічної підтримки особистості в ході наснаження

Етап	Зміст підтримки
Потреба як проблема- вимога («неблагополуччя»)	Необхідність УСВІДОМЛЕННЯ проблеми з боку клієнта, самостійне її «проговорення» з описом отриманого досвіду (нехай і негативного), важлива концентрація не стільки на проблемі, скільки на самій ОСОБИСТОСТІ (яка окрім цього, конкретного негативного досвіду має ще й інший) та її життєвій СИТУАЦІЇ (та компонентів і чинників)
Бажання	Щоб потреба перейшла на рівень бажання, потрібна МОТИВАЦІЯ/ організація мотивуючих впливів, формування нової системи цінностей. аналіз досвіду успіху/невдач. Важливим є СОЦІАЛЬНИЙ ВПЛИВ фахівців для прийняття рішення стосовно змін. Також бажання має бути здійсненним і незаблокованим. Тобто бажання як ЦІЛЕПОКЛАДАННЯ, як адаптивна стратегія.
Мислення	Побудова стратегії, аналіз і планування, зважування та проектування. Це – процес, який триває в часі. Значення уяви. Також треба пам'ятьбатьки, що люди приписують різне значення одним і тим же словам, подіям, явищам тощо. ПОЗИТИВНЕ МИСЛЕННЯ. Допомога фахівця у плануванні, структурування дій, поради та професійний досвід.
Ресурси	Потрібен перелік можливих ресурсів, розширення кола чинників, що можуть бути віднесені до їх числа. Поділ ресурсів на внутрішньо особистісні та зовнішні. Важливою є МОБІЛІЗАЦІЯ РЕСУРСІВ, креативний підхід, творчість і нестандартність. ІНШІ ЛЮДИ ТА НАВЧАННЯ (інформація) часто виступають як головні ресурси.
Дії	Важливо просто РОБИТИ те, що заплановано. Бажаним є підкреслення СИТУАЦІЇ УСПІХУ, що надає силу, енергію. Важливою є оцінка результату з боку фахівців, підтримка, схвалення або конструктивні зауваження .
Новий досвід і зміни	Зміни на рівні особистості: – у емоційній сфері (з'являються відчуття впевненості, насиченості енергією, піднесення віра в свої сили та/ або в тих, хто допомагає); – у когнітивні сфері (позитивне мислення, переоцінка можливостей, зважування варіантів, вибір стратегії, з'являються нові інтереси, нахили); – у поведінці (активність, покращується взаємодія, налагоджуються нові зв'язки. діяльність стає більш структурованою, осмисленою). Важливо цінувати не лише самі зміни, але і появу самої МОЖЛИВОСТІ ЗМІН